7.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1911-1912. — N° 81

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL
Des Tumeurs de la Vessie
INDICATIONS ET RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Janvier 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène GIRAUD

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon,
Né à Anneyron (Drôme), le 19 septembre 1885.

TRÉVOUX
IMPRIMERIE JULES JEANNIN

1912

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES TUMEURS DE LA VESSIE

INDICATIONS ET RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30618848

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1911-1912. — N° 81

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Des Tumeurs de la Vessie

INDICATIONS ET RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Janvier 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène GIRAUD

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon,
Né à Anneyron (Drôme), le 19 septembre 1885.

TRÉVOUX
IMPRIMERIE JULES JEANNIN

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. . . . . DOYEN.
J. COURMONT . . . . . ASSESSEUR.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET.

Professeurs

Cliniques médicales	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET. JABOULAY.
Clinique obstétricale et accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale	CLUZET.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et toxicologie	MOREL.
Matière médicale et botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	COLLET.
Pathologie et thérapeutique générales	X...
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.).
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie	FLORENCE.

Professeurs adjoints

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

Chargés de cours complémentaires

Chimie minérale	BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	LESIEUR.	LERICHE.
REGAUD.	Et. MARTIN.	THÉVENOT.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	TAVERNIER.
GAYET.	VORON.	CADE.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	MOURIQUAND.
PATEL.	LATARJET.	ARLOING (F.).
J. LEPINE.	BRETIN.	GUILLEMARD.

M. BAYLE, *secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. POLLOSSON, *Président;* ROCHET, *Assesseur;*
MM. GAYET et LERICHE, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de reconnaissance pour leur dévouement incessant et leur clairvoyante tendresse.

A MA GRAND'MÈRE

Très affectueux hommage.

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR ANTOINE GIRAUD

Chef de Laboratoire à la Faculté

En souvenir de son affection éclairée et de ses utiles conseils.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur A. POLLOSSON

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux d'exprimer notre reconnaissance aux maîtres qui les ont dirigées.

C'est à l'Hôpital Saint-Joseph que nous les avons achevées, et nos remerciements s'adressent tout spécialement aux médecins et aux chirurgiens de cet hôpital, à qui nous devons notre modeste savoir.

Le docteur GOULLIOUD, chirurgien en chef, nous a fait participer à sa connaissance profonde de la gynécologie et de la chirurgie abdominale. Nous n'oublierons ni ses utiles leçons, ni son affabilité.

Le Docteur CHABALIER, médecin en chef, nous a enseigné la pathologie interne et cardiaque en particulier avec autant de science clinique que d'amabilité ; nous l'en remercions très vivement ici.

Chez le Docteur THÉVENET, médecin de l'Hôpital St-Joseph, nous avons étudié plus particulièrement la pathologie gastrique, sans préjudice d'un enseignement d'ensemble dont nous nous rappelons agréablement l'exposé clair, la documentation achevée et la haute bienveillance.

Le Docteur FAÏSSE, chef de Laboratoire et le Docteur GIULIANI, chirurgien assistant, nous ont souvent aidé de leurs conseils et nous ont toujours aimablement accueilli. Nous leur en gardons une vive reconnaissance.

C'est au Docteur RAFIN, chirurgien de l'Hôpital St-Joseph que nous devons l'idée première de ce travail et les documents qui ont servi à l'établir. Pendant notre externat puis notre internat, nous avons en chirurgie générale, et surtout en urologie, recu ses magistrales leçons. Il nous a, de plus, souvent aidé de ses conseils. Qu'il reçoive ici l'expression particulière de notre profonde gratitude.

Nous avons été très sensible au bienveillant accueil de M. le Professeur A. POLLOSSON, et le remercions encore de l'honneur qu'il nous fait de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

L'étude d'ensemble des tumeurs de la vessie a fait l'objet de travaux trop nombreux et trop importants pour qu'il soit question de la reprendre ici. Les ouvrages de Guyon, Clado, Albarran, Bazy, Pousson, en France ; de Küster, Nitze, Israël, en Allemagne, de Watson, en Amérique, — pour n'en citer que quelques-uns, — sont restés classiques.

L'étiologie et la pathogénie de ces tumeurs, quoiqu'on en possède quelques points spéciaux, ne sont qu'ébauchées. Mais leur connaissance dépend de l'étude de l'étiologie et de la pathogénie des néoplasmes en général.

Leur anatomie pathologique, leurs symptômes et leur évolution ont été fixés de façon définitive, semble-t-il, et n'ont pas subi, depuis ces travaux, d'importantes modifications. On sait quel rôle important est venu jouer, pour le diagnostic, l'apparition de la cytoscopie qui, du reste, n'a rien enlevé de sa valeur au toucher rectal combiné au palper hypogastrique.

Mais le traitement chirurgical peut être encore l'objet de discussions et d'hésitations nombreuses, et cette question semble toujours se poser : *Les tumeurs de la vessie bénéficient-elles de l'intervention, et dans*

quelle mesure ? Quels sont les cas justiciables de l'opération, et quels sont les procédés opératoires leur convenant le mieux ?

Les résultats du traitement chirurgical sont immédiatement bons dans la plupart des cas, il est vrai. Mais si l'on tient compte de la tendance particulière à la récidive des tumeurs de la vessie, même des tumeurs dites bénignes ; si l'on songe également à la facilité avec laquelle ces dernières subissent la dégénérescence maligne, les avantages réalisés par l'intervention devront être contrôlés par une longue observation des malades opérés.

En résumé, seule l'étude des résultats éloignés de ces interventions, étude faite sur un grand nombre de cas, permettra de fixer les indications opératoires, suivant chaque variété de tumeur, et de connaître la valeur des procédés employés.

De plus, l'appréciation de ces résultats devra être basée sur leur comparaison avec les résultats de l'abstention opératoire, dans la mesure où l'on peut comparer des cas le plus souvent dissemblables.

Nous croyons donc faire œuvre utile en exposant ici les résultats éloignés d'un certain nombre d'interventions pour tumeurs vésicales, en regard desquels nous mettrons l'histoire de quelques cas ayant spontanément évolué.

Les observations présentées ici ont toutes été étudiées par nous dans leur texte original. Nous les devons en totalité à l'obligeance de notre maître, le Docteur Rafin, dont elles forment la statistique opératoire personnelle. Un assez grand nombre de

malades ont été examinés par nous-même, ainsi que la plupart des préparations ayant servi au diagnostic histologique des tumeurs. Ces préparations sont conservées au laboratoire de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon.

Nous nous sommes largement inspiré, dans la rédaction de ce travail, du Rapport présenté sur le même sujet par le Docteur Rafin, à la session 1905 de l'Association Française d'Urologie, rapport qui résumait alors l'état de la question, et dont les conclusions ne semblent pas avoir été ultérieurement modifiées.

Nous exposerons d'abord nos observations classées d'après la nature anatomique des tumeurs, et, pour chaque variété, d'après le mode opératoire. Cet exposé sera aussi complet que possible, et contiendra le résultat des examens histologiques pour tous les cas, et celui de toutes les autopsies autorisées.

L'histoire brève suivra de quelques cas non opérés, connus jusqu'au terme de leur évolution, pour nous servir de base dans l'appréciation des résultats de l'intervention.

Les indications opératoires et les contr'indications seront discutées ensuite.

Les divers modes opératoires seront enfin exposés avec les autres variétés d'intervention actuellement en usage. Nous signalerons brièvement, malgré leur importance croissante, les opérations endo-vésicales. Nos observations personnelles, que nous étudions seules dans ce travail forcément limité, n'en comportent en effet aucune, et les résultats éloignés de cette

forme, récente encore, de traitement nous paraissent insuffisamment connus.

Notre statistique de résultats opératoires terminera ce travail, avec l'exposé bref de quelques autres statistiques recueillies dans la littérature ; elle nous permettra d'établir sur des bases relativement solides la formule de nos conclusions.

Division des tumeurs vésicales

Il existe, des tumeurs de la vessie, de multiples classifications.

La forme de ces tumeurs permet de les classer de façon simple et très clinique en même temps : les unes, pédiculées ou sessiles, font saillie dans la cavité vésicale (tumeurs intra-cavitaires) ; les autres, intra-pariétales, peuvent avoir un faible développement dans cette cavité, ou n'intéresser que l'épaisseur de la paroi, ou encore faire saillie à la surface externe de l'organe ; dans ce dernier cas, au niveau des portions recouvertes par le péritoine, elles formeront la classe des tumeurs vésicales sous-séreuses, rares et d'un diagnostic très difficile.

On a divisé encore ces tumeurs suivant *leur siège* par rapport aux diverses régions de la vessie : l'importance du voisinage ou de l'envahissement des orifices uretéraux est alors primordiale, étant donné la fréquence et la gravité des complications rénales en ce cas.

Nous aurons donc un premier groupe de tumeurs intéressant ces orifices, particulièrement dangereuses

du fait des difficultés opératoires dans la réimplantation des uretères et de la fréquence extrême de l'infection ascendante consécutive. Un second groupe sera subdivisé à son tour, suivant que la tumeur intéressera le col vésical, la prostate, les régions recouvertes par le péritoine, qui peut être infiltré et adhérent. La gravité opératoire sera considérable dans tous ces cas. Le cas le plus favorable est celui où la tumeur siège sur une « portion libre » de la paroi vésicale en dehors des points que nous venons de signaler.

Citons encore la division en *tumeurs uniques* et *tumeurs multiples ;* une dernière distingue les tumeurs primitives des tumeurs secondaires à des organes voisins, prostate, utèrus et annexes le plus souvent (Polloson. Congrès de gynécologie et d'obstétrique, 1910).

Toutes ces divisions ont leur valeur, surtout au point de vue des symptômes et des indications opératoires particulières. Mais nous adopterons de préférence la classification des tumeurs vésicales d'après leur nature anatomique, que nous connaissons chez tous nos malades opérés, car l'élément primordial du pronostic en matière de tumeur est la bénignité ou ou la malignité histologique.

Cette division est forcément arbitraire, car on trouve fréquemment en fait des types associés, et la dégénérescence maligne des tumeurs bénignes est toujours possible. Cependant, la plupart des cas rentrent dans la classification histologique habituelle (Cf. Pousson, Mal. des voies urinaires, Paris 1909).

1° *Tumeurs dites bénignes*, par développement anormal d'éléments existant normalement dans la vessie saine.

A) Papillomes : tissus épithélial, conjonctif, vasculaire, ordonnés suivant le type papillaire commun, ce qui distingue ces tumeurs des épithéliomas malins que caractérise la disposition « anarchique » des cellules épithélioïdes souvent anormales elles-mêmes. C'est la plus fréquente des tumeurs vésicales.

B) Adénomes : glandes vésicales anormalement proliférées suivant leur forme. Rares.

C) Myomes. Leiomyomes purs, assez rares (Cf. Thèse de A. Thomas, Lyon 1911, et Heitz Boyer. Ann. des mal. des org. génit. ur., n°s 22, 23, 24, 1910) Ces tumeurs paraissent d'une bénignité remarquable, au point de vue résultats opératoires. (Cf. S. Thomas, Th. de Lyon, 1911).

D) Fibromes purs : très rares.

E) Angiomes : tissu vasculaire avec un stroma conjonctif plus ou moins abondant. Très rares (Cf. Rapport de Rafin, *loc. cit.*). Notre travail contient un cas de papillome angiomateux (obs. XIV).

Ces tumeurs ont habituellement une évolution relativement favorable, mais il faut tenir compte des hémorragies graves assez fréquentes, et de la dégénérescence ou de la récidive toujours à redouter.

2°) *Tumeurs hétérotopiques, dites malignes*, caractérisées par la présence d'éléments étrangers à la structure normale de la vessie.

A) Epithélioma malin, que nous plaçons ici, étant données les formes le plus souvent anormales des

cellules épithélioïdes. Fréquent, soit primitif, soit secondaire à une dégénérescence de tumeur bénigne.

B) Leucoplasie et cancroïde. Kératinisation de l'épithélium muqueux, et ulcération à un second stade.

A rapprocher de la leucoplasie et du cancroïde de la langue ; semblent, comme à la bouche, favorisés par l'existence antérieure d'une infection locale chronique et de la syphilis (constatées dans l'obs. XXXVII. Infection seule de l'obs. XL). Rares. Deux cas personnels (obs. XXXVII et XL) et un autre cas très voisin (XV).

C) Kyste dermoïdes. Exceptionnels.

D) Rhabdomyomes, souvent mixtes ; le tissu musculaire strié étant le plus souvent associé à d'autres éléments néoplasiques.

E) Sarcomes, plus fréquents chez les enfants (un cas d'angiosarcome (Jungano, 1907).

F) Ostéosarcome et enchondrome. — Exceptionnels (Cas de Fischer 1908).

Ces tumeurs hétérotopiques, pour donner parfois au début des hématuries moins fréquentes et moins abondantes, sont cliniquement beaucoup plus graves cependant, à cause de la rapidité de leur extension en surface ou en profondeur, des douleurs souvent atroces, et des obstacles mécaniques apportés au cours de l'urine par l'infiltration des parois vésicales, des orifices uretéraux, du col ou de la prostate.

Quant à la dégénérescence maligne des formes bénignes de tumeurs vésicales, du papillome en particulier, de nombreux histologistes la contestent

au point de vue anatomique. Les papillomes qui dégénèrent auraient, dès le début de leur évolution, contenu des éléments cancéreux. Quoi qu'il en soit, on a retrouvé sur un certain nombre de pièces tous les stades intermédiaires entre le papillome typique et le cancer épithélial infiltré et diffus. (Cf. Legueu et Verliac. Origine et transformation des papillomes vésicaux. *Bulletin de l'Ass. Fr. pour l'étude du cancer. Paris, 1910.* Cf. Obs. I.)

Observations de Malades opérés

Tumeurs bénignes

1re série — Papillomes. Exérèse simple.

OBSERVATION I.

Papillome vésical, sessile. Exérèse de la base d'implantation. Guérison définitive. Mort 13 ans après d'asystolie, sans aucun trouble urinaire.

M. P..., ex-boulanger, 55 ans. Vu pour la première fois en septembre 1892, pour hématurie, par le Dr Rafin.

Antécédents : 0. Blenn : 0.

Début. — En juin 1892, envies fréquentes d'uriner, subitement, avec cuisson légère dans le canal. Le lendemain, urine sanglante, puis de plus en plus claire. Le surlendemain, urine d'aspect normal. Depuis, même succession de phénomènes à 2 reprises, sans cause appréciable.

Mictions. — Fréquence normale, sauf au moment des crises précédant les hématuries. Douleur nulle en dehors des crises.

Urine. — A peine trouble. Pas d'odeur anormale. Albumine en quantité assez notable.

Urètre. — Normal.

Pas de toucher rectal. — Le malade souffre beaucoup à la moindre tentative.

Reins : 0.

Etat général. — Bon. Se plaint un peu de faiblesse des jambes.

2 mai. — Pisse du sang depuis hier soir. Pollakiurie et douleurs légères depuis 15 jours. Un peu d'amaigrissement.

Examen de la vessie à l'explorateur de Guyon : 0.

Le soir. — Caillots, et un peu de cuisson dans le canal.

13 juin 1893. – A la suite de cette exploration, il y eut des signes d'infection vésicale, progressivement atténuée par les lavages. Urines plus claires. Mictions moins fréquentes. Pas de sang.

Cystoscopie (anesthésie générale) : à droite et en arrière du bas-fond vésical, on voit une tumeur allongée, faisant une saillie nette, piquetée de points rouges.

16 juin. — Lavages continués.

17 juin. — Intervention par le Dr Rafin. Taille hypogastrique. Exérèse de la base d'implantation.

Incision longitudinale habituelle de la paroi et de la vessie garnie.

On voit la tumeur haute de 5 millimètres, d'aspect framboisé, en avant de l'uretère droit. Elle est saisie avec peine. On circonscrit au bistouri sa base d'implantation. Hémorragie assez abondante. Thermocautérisation.

Suture vésicale incomplète. Tube de Guyon-Perrier.

Sonde de Pezzer dans l'urètre.

Examen histologique de la tumeur. (Cf. Rapport cité du Dr Rafin, p. 10). Papillome avec, à la base, boyaux épithéliaux identiques au revêtement épithélial des villosités. Début de dégénérescence, ou remaniement des éléments anatomiques par l'inflammation constatée cliniquement ?

21 juin. — Ablation du tube de Guyon-Perrier. Malade très constipé ; nausées fréquentes ; température 37°8.

25 juin. — Plaie vésicale très réduite. On en rapproche les bords par des bandelettes collodionnées. Lavages.

29 juin. — Plaie très sèche. Urine claire. Lavages.

12 juillet. — Urine légèrement purulente, sans odeur anormale. Part en très bon état.

30 juin 1900. — Revient se montrer pour des accès « d'asthme cardiaque »; souffle systolique de la pointe, propagé vers l'aisselle.

Mictions. — Fréquence : souvent 0 la nuit. 4 fois le jour. Aucun trouble urinaire.

20 juin 1905. — Guérison persiste complète.

Ni pollakiurie, ni sang dans l'urine, qui présente encore quelques globules de pus.

4 août 1905. — Examen complet de l'urine : un peu d'albumine. Léger louche ; quelques hématies. Marche (rare, à cause de la cardiopathie) et chemin de fer sans effet.

7 avril 1906. — Mort de cardiopathie. Extrait de la lettre du médecin traitant : « Est mort d'asystolie avec œdèmes. « Du côté de la vessie la guérison m'a paru parfaite : mictions faciles, régulières, indolores. Urines claires, non hématiques ». (Dr Moindrot).

OBSERVATION II.

Papillome du bas-fond vésical, au voisinage immédiat du méat uretéral droit. Taille hypogastrique. Excision simple. Récidive 2 ans 1/2 après. Bon état général et rares hématuries 6 ans 1/2 après.

M. M..., Claude, 58 ans, tisseur. Entré le 31 mai 1905, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématuries.

Antécédents généraux. — Angines fréquentes. Ethylisme net.

Antécédents urinaires.— Chancre en 1870, avec blennorrhagie et orchite. Lithiase urinaire : 0.

Début. — Il y a 3 semaines par une hématurie légère, qui s'est renouvelée depuis, plus abondante. A été sondé, et depuis 3 ou 4 jours souffre en urinant et a des urines troubles. Aurait émis de petits graviers depuis les premières hématuries.

Mictions. — Fréquence : 5 à 6 le jour ; 3 la nuit, non influencée par la marche ni la voiture. Douleur. — Cuisson urètrale légère après la miction.

Urine. — Teintée de sang ; albumine peu abondante, d'origine sanguine probablement. Odeur fade.

Au microscope. — Globules blancs peu nombreux. En culture : streptocoques.

Hématuries. — Intermittentes, nombreuses, indifféremment jour et nuit ; tantôt totales, tantôt terminales.

Urètre. — Une Nélaton 16 passe facilement.

Vessie. — Capacité : 200 gr.

Cystoscopie. — Petite tumeur à large pédicule, grosse comme une noisette, implantée au voisinage de l'orifice uretéral droit. Lésions légère de cystite.

Toucher négatif ; pas d'induration.

Prostate, plate, de volume normal, sans bosselures.

Reins : 0.

Testicules : 0. Epididyme, un peu d'induration de la queue de l'épididyme gauche.

Etat général. — Bon. Pas de fièvre. Bon appétit.

6 juin 1905. — Intervention par le Dr Rafin.

Anesthésie au Bilroth sans incident.

Taille hypogastrique. Technique habituelle.

On écarte les bords de la plaie par 3 fils. Suspension de

la vessie. On voit dans le bas-fond vésical, sur l'orifice uretéral droit, une tumeur framboisée, villeuse, du volume noté à la cystoscopie. Pédicule large, mal constitué. L'orifice uretéral est dans la base d'implantation. La tumeur saisie avec une pince de Guyon, on excise la muqueuse au niveau de sa base, y compris 2 à 4 millimètres de la portion intrapariétale de l'uretère. Suture de la muqueuse. Hémostase nécessitée par une hémorragie diffuse. Le méat uretéral fonctionne bien. Suture vésicale incomplète. Tube de Perrier-Guyon. Mèches. Sonde de Pezzer dans l'urètre.

Suture de la paroi au fil métallique.

Examen histologique de la tumeur. Papillome (Dr Faysse).

8 juin. — Pas de lavages vésicaux. Irrigation abondante de la plaie. Ablation du tube et des mèches.

22 juin. — Au bout de 4 ou 5 jours la sonde de Pezzer, bouchée, est remplacée par une sonde béquille, expulsée quelques jours après.

L'urine sort, depuis 2 jours, par le canal.

27 juin. — L'orifice hypogastrique diminue de jour en jour. Suintement insignifiant d'urine.

6 juillet. — Urine uniquement par la verge. Va bien. Urine un peu louche.

15 février 1906. — Mictions : 1 la nuit ; 5 à 6 le jour, sans douleur. Urine un peu louche : quelques globules blancs ; hématies : 0.

27 novembre 1907. — Hématuries pendant 4 jours à partir du 19 novembre 1907. Aujourd'hui urine limpide.

Aucune douleur rénale droite (excision partielle du méat uretéral de ce côté au cours de l'intervention). Reins non perçus.

Capacité vésicale : 200 gr. au moins.

Cystoscopie. — 4 papillomes en divers points de la vessie.

Au niveau de l'opération muqueuse grisâtre, récidive douteuse en ce point.

26 octobre 1911. — A quelques hématuries depuis 2 ans. Assez bon état général. Travail modéré.

9 novembre. — Malade vu chez lui. Bon état général. Travail normal.Mictions rarement et faiblement douloureuses. Parfois un filet de sang à la fin, le plus souvent après un écart de régime. Urine : modérément trouble. Acide. Alb. : gros disque.

Au miscroscope. — Hématies nombreuses. Globules blancs en quantité modérée. Groupes assez importants de cocci. Pas de cellules épithéliales.

OBSERVATION III.

Double tumeur vésicale. — Papillomes. — Taille hypogastrique. — Exérèse profonde.— Mort par infection le trentième jour.

M. C..., Pierre, 69 ans. Entre le 8 août 1906, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématurie.

Antécédents. — Marié. Pas d'enfants.

Plusieurs blennorrhagies au service militaire.

N'a jamais été sondé.

Début. — Il y a 8 mois, par une légère hématurie, indolore, totale. Plusieurs hématuries depuis. Pollakiurie légère. Les hématuries sont augmentées par la fatigue, au dire du malade.

Mictions. — Fréquence : la nuit, 3 à 4 ; le jour, toutes les 2 heures. Douleur nulle.

Urine. — Hématiques uniformément, sales, neutres, sans odeur.

Vessie. — Le toucher est négatif (périnée très épais).

Capacité, 130 gr.

Cystoscopie montre une tumeur au niveau du col.

Prostate normale.

Reins : 0.

Testicules : 0.

Etat général. — Anémie assez prononcée.

Rien au cœur. Quelques râles aux bases.

11 août 1906. — Intervention par le Dr Rafin.

Anesthésie au Bilroth, sans incident.

Taille hypogastrique. — Fils suspenseurs sur la vessie.

On découvre deux tumeurs ; la 1re, sessile, sur la paroi antéro-supérieure, étalée sur l'étendue d'une pièce de 2 fr., formant une saillie bourgeonnante, du volume d'une noix. Exérèse profonde.

Il existe une deuxième tumeur sessile au-dessous du col, en dedans des uretères, infiltrant le bas-fond vésical.

On la circonscrit par une incision pénétrant jusque dans le tissu prostatique qui paraît aussi infiltré, au moins dans sa partie supérieure. Le col est plus ou moins effondré dans cette opération. Pas d'hémorragie importante.

Sonde de Pezzer dans l'urètre. Suture de la paroi vésicale. Drain vésical.

Examen histologique de la tumeur (Dr Faÿsse). — Papillome typique.

13 août. — Ablation du drain. La sonde fonctionne bien.

16 août. — Ablation de la sonde. Léger frisson.

18 août. — La température oscille entre 39° et 39°5 depuis deux jours. Urines très sales.

22 août. — La fièvre persiste. La plaie va bien, mais pansement encore très mouillé.

Râles de bronchite.

28 août. — Phlébite gauche. Cachexie progressive.

10 septembre. — Mort. Autopsie refusée.

OBSERVATION IV.

Papillome pédiculé de la vessie. — Taille hypogastrique. — Section du pédicule. — Suture complète de la vessie. — Guérison persistante depuis 4 ans.

M. G..., Auguste, négociant, 31 ans. Entre le 23 août 1907, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématuries.

Antécédents généraux. — Scarlatine à 10 ans. Paludisme pendant son service militaire en Algérie.

Antécédents urinaires : 0. Jamais sondé avant l'affection actuelle.

Début. — Il y a 9 mois, par légère hématurie. Subite, indolore, terminale. Renouvelée fréquemment depuis, pendant 2 ou 3 jours chaque fois. Non influencée par la marche ou la voiture. Depuis un mois, hématuries presque journalières, nettement terminales. Légère pollakiurie. Pas d'amaigrissement.

Mictions. — Fréquence : la nuit, quelquefois une, depuis toujours ; le jour, toutes les 2 heures depuis quelques mois. Douleur très légère.

Urines. — Troubles, à teinte hématique, acides. Rares staphylocoques blancs, quelques leucocytes et quelques hématies.

Vessie. — Résidu : 0.

Capacité : 250 grammes.

Pas d'induration par le toucher combiné au palper.

Cystoscopie. — En dehors et en arrière de l'orifice uretéral gauche, qui se voit plus difficilement que le droit et paraît un peu rouge et irrégulier, on aperçoit une tumeur saillante du volume d'une amande, sans villosités, sans pédicule visible, étalée. Pas d'hémorragie.

Prostate de forme et de consistance normales ; un petit noyau comme un pois sur le bord supérieur.

Testicules. — Des deux côtés, un peu de liquide ; pas de varicocèle.

Etat général. — Excellent, ni anorexie, ni amaigrissement. Cœur et poumons normaux.

24 août. — Intervention par le Dr Rafin.

Taille hypogastrique. Technique habituelle. A gauche et latéralement on trouve la tumeur, du volume d'une amande, recouvrant son pédicule, très net, se détachant bien quand on soulève la tumeur, et de très petite dimension.

Pincement, ligature et section du pédicule.

Suture totale de la vessie en deux plans : 1er plan musculaire n'intéressant pas la muqueuse, sauf peut-être un ou deux points ; 2e plan superficiel d'adossement. Points séparés de catgut.

Drainage de la loge vésicale, qui a été assez décollée.

Suture de la paroi.

Sonde de Pezzer n° 20, dans l'urètre.

Examen histologique de la tumeur (Dr Faÿsse) : Papillome typique.

25 août. — La sonde, dont le calibre paraît insuffisant, est mal supportée. Douleur, sang, caillots. On remplace la sonde par une béquille n° 24.

28 août. — Souffre toujours. Ablation de la sonde.

29 août. — Va bien ; urine bien. Pas d'urine par la plaie, mais suintement grumeleux. Urine un peu rouge.

31 août. — Urine assez louche. Lavages. Rien ne passe par la plaie.

6 septembre. — Plaie fermée. Urine un peu louche. Miction toutes les 2 heures, nuit et jour ; part.

Octobre 1907. — Ecrit qu'il va bien. Urine limpide.

9 mai 1911. — Ecrit qu'il va très bien. Urine et mictions absolument normales. N'a plus ressenti ni indisposition ni

douleur. Fort embonpoint (85 kgs) qu'il combat par le sport. A eu un enfant, actuellement âgé de 2 ans, très bien portant, depuis l'intervention.

OBSERVATION V.

Papillome vésical pédiculé. — Taille hypogastrique. — Section du pédicule et suture. — Récidive probablement maligne et mort 2 ans après.

M. R..., 46 ans. Entre en décembre 1905, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématuries.

Antécédents : 0, sauf mictions un peu plus fréquentes depuis quelques années.

Début. — Il y a un an, en voyage, hématurie consécutive à un long effort du malade pour se retenir d'uriner. Depuis hématuries après promenades, voyages, écarts de régime. Parfois un peu de douleur testiculaire, précédant souvent l'hématurie, et un peu de douleur lombo-sacrée.

Mictions. — Fréquence normale; quelquefois une la nuit. Pas d'influence de la marche, ni de la voiture. Douleur. — Nulle.

Urine. — Louche, non fétide. Pas de leucocytes, au microscope. Albumine peu abondante.

Urètre. — Une bougie 18 est un peu serrée dans la traversée prostatique.

Vessie. — Capacité normale.

Cystoscopie. — Tumeur villeuse entourant la moitié droite du col, à point d'implantation invisible.

Prostate. — Un peu grosse, non indurée.

Testicules. — D = O — G = un petit noyau dur sur la queue de l'épididyure.

Etat général. — Bon.

28 décembre. — Intervention par le Dr Rafin.

Taille hypogastrique. — Paroi très épaisse. Vessie profondément située.

La tumeur apparaît tomenteuse, framboisée, du volume d'un œuf de pigeon.

Section du pédicule de la tumeur saisi à la pince de Guyon, avec exérèse de la sous-muqueuse. Hémorragie assez abondante. 8 points de suture au catgut 0.

Vérification du reste de la muqueuse.

Suture de la vessie. — Tube de Guyon-Perrier. Sonde de Pezzer dans l'urètre.

Suture de la paroi. — Mèche.

Le soir, hémorragie notable. Le tube fonctionne bien.

Examen histologique de la tumeur (Dr Faÿsse). — Epithélioma papillaire, axes conjonctifs recouverts d'une couche épithéliale épaisse.

31 décembre. — Ablation de la sonde.

6 janvier 1906. — Ablation des fils. Plaie presque fermée.

16 janvier. — Besoin violent d'uriner à deux reprises, avec impossibilité de le satisfaire. Tout à coup un flot d'urine jaillit par la plaie. Malade soulagé. Sonde à demeure, d'ailleurs mal tolérée.

18 janvier. — Sonde enlevée ; crises de douleurs vésicales ; la plaie débridée hier se referme vite, et le malade n'est soulagé que lorsque la contraction vésicale vainct la résistance de la plaie. On y met une sonde de Pezzer.

22 janvier. — La sonde introduite par la plaie a assuré l'évacuation régulière de l'urine et supprimé les douleurs. Mictions fréquentes, mais minimes, par le canal.

2 février. — Quitte l'Hôpital.

Juin 1906. — Les mictions, très fréquentes d'abord, deviennent normales. Va bien.

Janvier 1907. — Va bien.

16 juillet 1907. — Surmenage dans les trois premiers mois de 1907.

A la suite, douleur violente dans la verge, la fesse droite et la cuisse gauche.

Mictions. — 4 la nuit ; 4 à 5 le jour. Marche et voiture sans action.

Urine. — Un peu louche. Leucocytes et hématies.

Vessie. — Léger résidu.

Prostate. — Lobe gauche plus saillant.

Reins : 0.

16 août 1907. — Les douleurs persistent. Cystoscopie impossible : le cystoscope est arrêté dans la traversée prostatique.

Toucher. — Prostate normale à droite ; à gauche, saillie allongée, très indurée, adhérente à la branche descendante de l'ischion (récidive).

Urine. — Assez trouble.

Capacité vésicale. — 150 grammes.

20 décembre 1907. — Mort des suites de la récidive.

OBSERVATION VI.

Papillome de la vessie, pédiculé. — Taille hypogastrique et exérèse simple. — Guérison actuellement persistante, 2 ans et 2 mois après.

M. F... Auguste, cultivateur, 69 ans. Entre le 12 mars 1908, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématurie.

Antécédents : 0.

Début. — Il y a 13 mois par une hématurie ayant persisté pendant 6 jours, à la suite d'une fatigue. Nouvelle hématurie pendant 2 jours, il y a 8 mois ; puis réapparition il y

a 4 mois et persistance pendant 2 mois. Hématurie totale, avec caillots, ayant disparu spontanément, non influencées par la marche ou la voiture. Douleurs assez vives dans le rein gauche.

Mictions. — Fréquence : la nuit 2 ; le jour 5 à 6. Douleur. — Nulle.

Urines limpides, ni sucre, ni albumine.

Vessie. — Capacité : 200 gr.

Cystoscopie. — On voit une tumeur polypeuse, implantée en dedans de l'uretère droit. Elle paraît pédiculée, bien qu'on ne voie pas le pédicule.

Pas d'induration de la vessie au toucher combiné au palper hypogastrique.

Prostate petite ; légère induration sur le lobe gauche.

Reins : 0.

Testicules.—Pas de varicocèle. Un peu d'hydrocèle droit.

Etat général assez bon, malgré le facies anémique. Cœur et poumons normaux.

17 mars 1908. — Intervention par le Dr Rafin.

Anesthésie au Bilroth, sans incident.

Taille hypogastrique. Technique habituelle. Garnissage, incision et suspension de la vessie. On voit au voisinage de l'orifice uretéral droit, mais indépendante de lui, la tumeur nettement pédiculée, du volume d'une noisette. Exérèse de la tumeur saisie avec une pince de Guyon, intéressant avec le pédicule un fragment de muqueuse.

Suture de la muqueuse au catgut fin.

Suture de la vessie, incomplète, tube de Guyon-Perrier. Sonde de Pezzer dans l'urètre. Suture de la paroi.

Examen histologique de la tumeur (Dr Faÿsse). — Papillome typique.

18 mars. — Va bien. Bon fonctionnement de la sonde et du tube.

20 mars. — Ablation du tube et de la sonde, expulsée à la suite de mouvements désordonnés du malade.

23 mars. — Sphacèle de la plaie abdominale. Température 39°, malade agité.

28 mars. — Température normale depuis deux jours. Mieux général. Plus de sphacèle ; quelques mictions par l'urètre.

12 avril. — Pollakiurie nocturne : 15 mictions.

14 avril. — Même pollakiurie. Urine louche et filamenteuse. Capacité : 80 gr. Plaie incomplètement cicatrisée, mais sèche. Etat général bon. Exeat.

9 mai 1911. — Ecrit qu'il va très bien à tous points de vue.

OBSERVATION VII.

Papillome vésical, pédiculé.— Taille hypogastrique.— Section du pédicule. — Guérison opératoire. — Mort 2 ans 1/2 après de récidive ou d'infection.

M. G... Jean-Louis, 66 ans, cultivateur. Entre le 28 avril 1908 à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématuries.

Antécédents : 0. Pas de sondage avant les hématuries.

Début. — Hématuries pendant 2 jours, il y a 12 ans. Rien pendant 5 ans. Nouvelles hématuries de 2 à 3 jours il y a 8 ans, puis il y a 5 ans ; enfin, depuis 2 ans, urine du sang l'hiver, pendant un mois ou deux. L'hiver dernier, hématurie ininterrompue en décembre 1907 et janvier 1908. Cesse en février et mars. Urine limpide. Hématurie persistante depuis le 10 avril.

A été sondé il y a 4 ans, pour une rétention par des caillots, à deux reprises. Sondé de nouveau quotidiennement depuis 3 jours.

Mictions. — La nuit, 2 ; le jour, 4 à 5. Efforts violents pour expulser des caillots une fois il y a 4 ans, puis l'hiver dernier. Douleur nulle habituellement.

Urine. — Trouble, même en dehors des hématuries.

Urètre. — Normal.

Vessie. — Capacité : 530 gr. — Pleine de caillots au premier examen. On doit la vider séance tenante avec une grosse sonde.

Cystoscopie. — Gros chou-fleur bourgeonnant, pulsatile, dont on ne peut voir la base d'implantation, ni les rapports avec la prostate.

Prostate. — Un peu hypertrophiée, sans bosselure, peu saillante, dure. Bord supérieur très net, dépression vésicale au-dessus.

Reins. — Non perçus. La région rénale gauche se laisse mal déprimer.

Etat général. — Anémie marquée. Pas d'anorexie. Soif, constipation.

30 avril. — Rétention cette nuit par des caillots.

11 mai. — Le malade a été sondé 4 fois par jour, le résidu est descendu de 420 gr. à 40 le matin et 20 ou 30 le soir, 6 mictions par jour. Urine encore assez trouble.

12 mai. — Intervention par le Dr Rafin.

Taille hypogastrique. Exérèse de la base d'implantation.

Anesthésie au Bilroth, sans incident.

Lavage et garnissage de la vessie. Incision habituelle de la paroi. Incision et suspension de la vessie.

On voit dans la région du col une tumeur très pédiculée. On saisit le pédicule avec la pince de Guyon, qui prend également la muqueuse avoisinante, qu'on excise aux ciseaux.

Suture au catgut. Sonde de Pezzer dans l'urètre.

Suture de la vessie au catgut en 2 plans, incomplète.

Tube de Perrier-Guyon. Suture de la paroi au fil métal.

Examen histologique Papillome avec vacularisation très remarquable (Dr Faÿsse).

13 mai. — 4 lavages par jour. Le tube fonctionne bien. Urine abondante, un peu sanglante.

24 mai. — Va bien. Quitte l'hôpital.

10 décembre 1908. — Malade vu. Etat général excellent.

Mictions. — Indolores, 5 à 6 par jour ; 2 à 3 la nuit.

Urine assez trouble, d'odeur légèrement aromatique. Un peu d'albumine.

Vessie. — Résidu : 0. Capacité : 200 gr. Pas d'hématurie.

Toucher rectal. — Négatif. Périnée très gras ; on n'arrive qu'au bord supérieur de la prostate.

18 novembre 1910. — Mort de cachexie, avec extrême dyspepsie, récidive probable ou infection.

OBSERVATION VIII.

Papillome pédiculé implanté entre le col et méat uretéral droit. — Taille hypogastrique. — Exérèse de la tumeur. — Thermocautérisation d'un point suspect voisin.— Guérison persistant 3 ans 1/2 après.

R... Félix, 45 ans, garde-chasse. Entre le 22 mai 1908 à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématuries.

Antécédents. — Pneumonie à 16 ans. Aucun antécédent urinaire. N'a jamais été sondé. Cependant, il y a 3 ans, hématurie silencieuse pendant trois jours, et interruption brusque du jet de temps à autre.

Début. — Depuis 15 jours, hématuries abondantes, sans douleurs, sans cause appréciable, survenant surtout au repos, plus marquée à la fin de la miction depuis quelques

jours. Le malade se plaint surtout d'avoir été très affaibli par ces hémorragies.

Mictions. — Fréquence : la nuit, 4 à 5, depuis 15 jours ; avant, 1. Le jour 4 à 5. Douleur légére, si caillots.

Urine. — Alternativement très rouge et limpide. Abondance normale. Même dans les urines limpides, albumine en présence importante.

Hématurie. — Le malade, il y a 13 jours, aurait pissé en 3 heures 2 litres de sang presque pur (?). Actuellement tous les 2 jours.

Vessie. — Capacité : 150 gr.

Cystoscopie. — Tumeur villeuse nettement pédiculée, implantée à droite au ras de la prostate.

Toucher. — Peut-être un peu plus de résistance au-dessus du lobe droit de la prostate.

Reins : 0. Testicules : 0.

Etat général. — Teint anémique. Excellent appétit.

15 mai 1908. — Intervention par le Dr Rafin.

Taille hypogastrique. — Exérèse de la tumeur, qui apparaît grosse comme une noix, à droite et en arrière du col, par pincement et section du pédicule ; exérèse de la muqueuse, y compris celle du méat uretéral droit. Suture.

Exérèse d'une petite végétation voisine. Thermocautérisation d'une zone dépolie de la muqueuse et de points saignants. Suture de la vessie. Tube de Guyon-Perrier. Sonde de Pezzer dans l'urètre. Suture de la paroi.

Examen histologique de la tumeur. Papillome typique ; franges absolument caractéristiques (Dr Faysse).

18 mai. — Fièvre (40°), courts frissons. Urine un peu rouge. Reins : 0. Plaie en bon état. Langue humide.

19 mai.—Fièvre persiste. Urine presque normale. Toucher rectal : tuméfaction bien limitée à la partie inférieure droite de la vessie. Pas d'infiltration d'urine. Reins : 0.

7 juin. — Défervescence, puis nouvelle poussée fébrile, avec frissons. Région uretérale droite un peu indurée. Reins : 0.

Plaie assez large, mais fistule vésicale minime.

18 juin. — Commence à uriner par le canal.

22 juillet. — Poussées fébriles successives. Langue toujours humide. Le toucher ne fait plus sentir d'induration vésicale. Plaie hypogastrique suinte encore. Va mieux.

31 juillet. — L'urine suinte encore par la plaie pendant la miction. Expulsion par l'urètre d'un bloc volumineux (fils et tissu sphacélès). On trouve dans la vessie, une heure après la miction, 120 grammes d'urine ammoniacale.

14 août. — Cystoscopie. Rien d'anormal.

22 août. — Fistule non tarie, suinte au début de la miction. Va bien. Part.

8 *novembre* 1908. — Va bien, engraisse ; fistule à peu près tarie.

22 *novembre* 1909. — Fistule fermée depuis 3 mois. Urine très louche, non fétide. Le microscope y montre du pus, des staphylocoques.

D'après le médecin, les urines seraient habituellement limpides, avec des décharges purulentes, presque périodiques.

Prostate normale. — Bas-fond vésical non perçu par le toucher. Reins : 0.

Cystoscopie imparfaite (dans de mauvaises conditions).— Aspect un peu sombre de la région opérée.

A eu un peu de douleur à la miction pendant quelques jours, avec pollakiurie. Capacité : 120 gr.

10 *décembre* 1910. — Bon état général. Parfois douleurs lombaires bilatérales, peu vives. Mictions : 1 la nuit, 4 à 5 le jour.

Urine un peu louche. Alb. : 0. Culot : quelques leucocytes, quelques cocci.

Prostate. — Toute petite ; pas d'induration au-dessus. Reins : 0.

Cystoscopie. — Pas de récidive. L'orifice uretéral droit paraît dilaté et entouré d'une zone grisâtre qui se prolonge un peu en avant vers le col, et un peu en arrière : ce doit être la cicatrice.

26 *octobre* 1911 (3 ans 1/2 après l'opération). — Bon état général. Mictions : 1 la nuit, 5 le jour.

Urine un peu louche. Alb.: traces. Culot minime : quelques globules blancs. Pas d'hématies. Un petit placard d'épithélium pavimenteux ; assez nombreux microbes : quelques coli, quelques staphylocoques, et surtout streptocoques.

Cystoscopie. — Pas de récidive.

Toucher. — Aucune induration.

OBSERVATION IX.

Papillome vésical pédiculé. — Taille ; section du pédicule. — Guérison persistant depuis 6 mois.

M. C..., Marius, 44 ans, cultivateur. Vu le 27 avril 1911, pour la première fois, par le Dr Rafin pour hématurie.

Antécédents généraux. — Femme et enfant bien portants. Une fièvre typhoïde au régiment. Pas de suppurations.

Antécédents urinaires : 0.

Début. — Il y a 2 ans, hématurie modérée, pendant quelques jours, sans cause appréciable, sans douleur, sans pollakiurie, renouvelée depuis avec des intervalles de plusieurs mois. Depuis un mois, hématurie abondante, chaque jour, sans influence de la marche. Peut-être le travail influe-t-il un peu.

Mictions. — La nuit : 2 ou 3 l'hiver, 1 ou 2 l'été, depuis toujours. Le jour, comme autrefois. Douleur : 0.

Urine. — Uniformément sanglante, foncée. Sang pur après le toucher rectal.

Au microscope. — Sang pur ; pas de cellules.

Vessie. — Capacité : Urine 280 gr. en une fois, sans besoin pressant.

Toucher combiné au palper : pas d'induration.

Cystoscopie. — Au niveau de l'orifice uretéral droit, petite tumeur framboisée, comme une noisette, projetant une ombre, mobile dans la cavité.

Prostate petite.

Reins : 0.

Etat général. — Un peu d'affaiblissement, appétit conservé, pas d'amaigrissement notable.

6 mai 1911. — Intervention par le Dr Rafin.

Trouble hypogastrique. — Incision habituelle. Fils suspenseurs. La tumeur apparaît admirablement pédiculée, un peu en dehors de l'orifice uretéral droit.

Section du pédicule saisi à la pince de Guyon. Deux points de suture au catgut sur la tranche de section.

Suture de la vessie par des points de catgut n'intéressant pas la muqueuse. Tube de Perrier-Guyon.

Suture de la paroi. Un petit drain dans la cavité de Retzius.

Examen histologique de la tumeur. Papillome typique (Dr Faÿsse).

7 mai. — Ce soir, température : 39° 5. Tousse un peu.

15 mai. — La fièvre n'a persisté qu'un seul jour. Va bien.

22 mai. — Depuis hier le pansement n'est plus mouillé d'urine.

Urine limpide, non sanglante.

25 mai. — Va bien. Exit.

21 octobre 1911. — Le médecin traitant écrit que le malade va très bien à tous points de vue.

OBSERVATION X.

Papillome vésical, pédiculé. — Taille hypogastrique. — Section et suture du pédicule. — Opération récente.

M. V..., Gustave, instituteur, 47 ans. Vu pour la première fois le 1er novembre 1907, pour hématuries, par le Dr Rafin.

Antécédents généraux. — Marié, un enfant bien portant. Rhumatisme articulaire aigu à 20 ans.

Antécédents urinaires. — 0. Seulement, en décembre et janvier 1907, un peu de douleur lombaire bilatérale en se baissant ; quelques lancées du côté du rein gauche, sans irradiation.

Début. — En avril 1907, à la suite d'un « effort dans les reins », dit le malade ? urine du sang ; quelques picotements dans la verge, mais pas de douleur. — Pendant 4 jours, sensation de pesanteur dans la vessie. En octobre 1907, après une marche, tiraillement dans le flanc droit et le testicule droit, qui est gros.

Mictions. — La nuit 0 ; le jour 3 à 5. Douleur : 0.

Urine. — A peu près limpide. Traces de sucre. Pas d'albumine. Culot très minime : quelques globules blancs et quelques hématies.

Prostate. — Toucher négatif. Le massage en fait sortir un liquide trouble, dans lequel il y a des leucocytes douteux.

Reins : 0.

Testicule droit. — Semble globuleux, épididyme mal délimitable.

Etat général. — Bon. Facies gras, vultueux.

Le malade rentre à l'Hôpital Saint-Joseph en juin 1911. Le malade, suivant un traitement médical, s'est bien porté pendant 2 à 3 ans. En octobre 1910, douleur lombaire droite,

lumbago probable, pendant 2 jours ; pas d'irradiation. Urine limpide, de temps en temps avec un petit caillot.

Depuis le début de juin 1911, urine du sang, sans autre cause appréciable qu'un peu de fatigue 2 ou 3 jours avant. Hématurie seulement le matin au lever, au début de la miction. Augmente par la fatigue, mais ne disparait pas complètement par le repos.

Parfois un peu de douleur lombaire bilatérale.

Mictions. — 0 la nuit ; 4,'5 le jour, non influencées par la marche, sauf fatigue, ni la voiture.

Pas d'interruption du jet, sauf une fois par des caillots.

Vessie. — Capacité très considérable ; émet 400 gr. d'urine à peu près uniformément rose.

Au microscope. — Sang pur; peu de leucocytes, mais nombreux amas de bacilles.

Reins : 0. Après la palpation urine plus sanglante.

Prostate : 0.

Vessie. — Toucher négatif. Périnée épais.

Pas de varicocèle.

30 juin 1911. — Cystoscopie. On voit une masse bourgeonnante, implantée au ras de la prostate.

7 juillet. — Le toucher fait sentir une vague induration.

8 juillet. — Intervention par le Dr Rafin.

Anesthésie au Bilroth, sans incident.

Taille hypograstrique suivant la technique habituelle. La tumeur a le volume d'une noix. Base d'implantation assez large, direction transversale, légèrement oblique de droite à gauche, et d'arrière en avant. On ne voit, à aucun moment de l'intervention, les méats uretéraux. Section du pédicule saisi à la pince de Guyon. Suture au fur et à mesure de la section avec du catgut 0.

Hémorragie abondante. Sonde de Pezzer, dans l'urétre.

Suture de la paroi antérieure de la vessie. Tube de Guyon-Perrier, entre les 2 moitiés de la suture. Pansement.

Drain dans la cavité de Retzius.

Examen histologique de la tumeur. Papillome typique.

10 juillet. — Ablation du tube.

13 juillet. — Ablation du drain de la cavité de Retzius.

5 août. — Part. Va bien.

24 août. — Va très bien comme état général, Urine fortement trouble. La miction était de 250 gr.

Le culot contient de nombreux globules de pus et de nombreux bacilles.

Le 15 août. — Après un effort, douleur dans le flanc droit, persistant depuis, légère, jusque dans la région lombaire.

Octobre 1909. — A eu un frisson subit, le 3 septembre, en se mettant à table. Aucun trouble urinaire. Pendant 2 jours, sueurs froides, sans aucune autre incommodité. Puis pendant 20 jours, affaiblissement et amaigrissement de 5 kgs. Actuellement se sent mieux et reprend des forces.

Mictions. — 2 la nuit ; 2 à 3 le jour. Polyurie nocturne. Douleur nulle.

Urine pâle, louche, traces minimes d'albumine.

Culot, léger ; nombreux globules de pus, non déformés. Rares hématies.

2e série. — Papillomes. Résection partielle de dedans en dehors.

OBSERVATION XI.

Papillome vésical à large pédicule. — Résection partielle de la vessie de dedans en dehors, n'intéressant pas l'orifice uretéral. — Récidive un an et 9 mois après, avec bon état général.

Mme F..., Jeanne, épicière, 62 ans. Vue pour la première fois le 25 janvier 1910, par le Dr Rafin, pour hématuries.

Antécédents généraux. — Mariée, pas d'enfants. Règles à intervalles courts. Ménopause normale à 45 ans. Ni fièvres, ni suppurations.

Antécédents urinaires. — Jamais sondée, ni coliques néphrétiques, ni graviers.

Il y a six ans, pollakiurie douloureuse diurne. Mictions : la nuit, 0 ; le jour, toutes les dix minutes.

Début. — Il y a un an et demi, par hématurie ininterrompue pendant 20 jours, indolore. Depuis, trois autres hématuries, ayant également duré environ 20 jours chacune. Depuis 20 jours, urine pour la quatrième fois du sang avec des caillots, sans gêne, ni douleur.

Mictions. — Fréquence : la nuit, 1 ; le jour, 3. Douleur : 0.

Urine. — Uniformément noire et sanglante, un peu maladorante, renfermant du sang (leucocytes rares) et de rares cellules vésicales. En culture, nombreux coli-bacilles.

Vessie. — Capacité : urine 200 gr. en une fois, sans besoin pressant.

Toucher combiné au palper : On ne perçoit pas d'induration, même lorsque la tumeur a été repérée au cystoscope.

Cystoscopie. — On voit très bien le méat uretéral droit. Dans la région du méat gauche, qui est invisible, masse du volume d'un petit œuf, ayant un peu l'aspect d'un caillot, mais avec des formations polypeuses ; on lui imprime des mouvements limités avec une bougie.

Reins : 0. Mais au-dessous du rein droit, on sent comme une masse allongée (intestin ?)

Etat général : assez bon.

29 janvier. — Le toucher combiné au palper permet de sentir, au point correspondant à la masse vue au cystoscope, un corps du volume d'une noisette, dans le sinus vésico-vaginal, assez en dehors. L'uretère doit être au niveau de la tumeur.

Urine pareillement sanglante, plus odorante. Douleur : 0.

« On propose l'opération, la tumeur étant relativement « limitée, développée dans la cavité, sans grande infection « pouvant assombrir le pronostic opératoire. Il est possible « qu'on doive sectionner l'uretère. »

1er février 1910. — Intervention par le Dr Rafin.

Anesthésie au Bilroth sans incident. Lavage vésical prolongé.

Taille hypogastrique. — Technique habituelle, suspension de la vessie. On voit alors une petite tumeur à court et large pédicule siégeant au niveau de la zone du méat uretéral gauche, qu'on ne voit pas.

Résection partielle de dedans en debors. Tumeur saisie avec une pince de Guyon, résection aux ciseaux de la paroi vésicale à son niveau. Suture au catgut. La tumeur est aussitôt examinée : elle est de la grosseur d'une petite noix, et on n'y découvre pas le méat uretéral. La paroi vésicale est hermétiquement fermée à son niveau. On ne voit pas sourdre d'urine. Suture de l'incision vésicale primitive au catgut. Drain de la grosseur du doigt. Drainage de l'espace prévésical (drain et mèche). Suture de la paroi au fil métallique. Sonde de Pezzer dans l'urètre.

Examen histologique de la tumeur (Dr Faysse).

Papillome typique. — Epaisseur remarquable du stroma de la muqueuse.

3 février. — Pansement. La plaie a bon aspect et laisse couler un peu d'urine sans odeur ammoniacale. Pas de lavage.

4 février. — Lavage vésical par le drain ; ressort clair par la sonde.

7 février. — Ablation du drain vésical.

10 février. — Ablation des fils métalliques et de la sonde.

14 février. — Etat général excellent. Mictions indolores :

deux la nuit, 3 à 4 le jour. Cependant, hier, frisson et un peu de douleur lombaire gauche. La température, qui n'a pas été prise à ce moment, était à 5 heures du soir de 37°,5.

23 février. — La température, qui avait oscillé dès le lendemain du frisson entre 39°,2 et 39°,4 le soir, est revenue à la normale depuis hier. Bon état général. La plaie bourgeonne encore un peu. Urine modérément trouble. Capacité vésicale : 300 gr. Exeat. — Pas de fièvre.

1er mars. — Malade revue. Un peu de fièvre le soir, vers 38°,3, une fois 38°,7. Pas d'appétit, langue bonne. Dit avoir été « enrhumée ». Ne souffre pas. Plaie à peu près cicatrisée. Capacité vésicale : 400 gr. Urine très améliorée; traces infimes d'albumine.

25 mars. — Urine un peu louche et malodorante, sans albumine. Etat général bon ; a cependant quelquefois 38° le soir.

Cystoscopie. — Petite saillie étoilée dans la zone uretérale gauche ; il est probable que c'est le méat uretéral.

24 juin. — Va bien. Urine limpide, sans albumine.

Mictions. — La nuit, 0; le jour, 4 ou 5. Douleur : 0.

Cystoscopie. — Méat uretéral vu nettement. Méat gauche invisible.

Séparation des urines. — A gauche l'urine est plus abondante d'un quart, mais plus pâle, avec des éjaculations moins nettes.

21 octobre 1910. — Un peu d'éventration ; état général bon. Urine un peu louche, non sanglante.

3 avril 1911. — Même état.

29 octobre 1911. — A eu, il y a trois semaines et jusqu'à ces jours derniers, une douleur assez vive dans le flanc gauche, un peu irradiée dans la région lombaire et la vessie. Pas de vomissement, pas de violence extrême de la douleur, qui durait douze heures tous les deux jours. La tempéra-

ture aurait été de 39° à un moment donné. Anorexie, un peu d'amaigrissement. Actuellement, douleur nulle, bon état général. Enorme éventration hypogastrique.

Mictions : 0 la nuit ; 3 à 4 le jour, indolores ; retard assez fréquent de la miction. Aurait parfois quelques filets de sang à la fin.

Urines. — Louches, non fétides, d'aspect non sanglant, faiblement acides. — Albumine. Présence modérée. Ex. microscopique : léger culot, globules blancs et hématies nombreuses. Très nombreux streptocoques.

Cystoscopie. — Récidive nette. On voit plusieurs masses framboisées dans la zone opérée. Rien ailleurs.

22 novembre 1911. — La malade revient, convoquée. Une miction sanglante, il y a quinze jours. Même état général et local qu'au dernier examen. — Urines, id.

3e série. — Papillomes. Cystectomies.

OBSERVATION XII.

Papillome de la vessie. — Cystectomie partielle. — Réimplantation de l'uretère gauche. — Récidive et mort 5 ans après.

M. S..., Victor, cultivateur, 48 ans. Entre le 5 mars 1905, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématuries.

Antécédents. — Rhumatisme. Rien d'urinaire, sauf qu'il a uriné du sang pendant 2 ou 3 jours, durant l'hiver 1902-1903.

Début. — En janvier 1905, par une hématurie totale, réapparue souvent à intervalles irréguliers, à l'occasion de

mouvements ou de fatigues. Pollakiurie depuis la même époque. Miction un peu douloureuse. Douleurs passagères à la partie inférieure des régions lombaires, irradiées dans les muscles fessiers.

Mictions. — 4 à 5 le jour ; 1 à 2 la nuit. Douleur : Légère au début de la miction.

Urine. — Fortement hématique.

Cocci assez nombreux, staphylocoques en culture.

Hématurie totale.

Vessie. — Cystoscopie. Le liquide vésical n'est clair qu'après un lavage chaud abondant. On constate dans la région latérale gauche une petite tumeur noirâtre, arrondie, ressemblant à un caillot, mais fixée à la paroi, donnant l'impression d'un petit polype.

Toucher. — On ne sent pas d'induration des parois, mais à gauche, on a la sensation d'un corps roulant dans la vessie.

Prostate. — Normale.

Rein gauche seul perceptible.

Testicules : 0. Pas de varicocèle.

On sent dans l'aine, des deux côtés, quelques petits ganglions en chaînes, l'une verticale, l'autre transversale.

Dans la fosse iliaque gauche, on sent vers l'articulation sacro-iliaque un petit corps dur, du volume d'un gros haricot, faisant songer à un ganglion (malade purgé deux jours avant).

Etat général. — Satisfaisant.

4 avril. — Intervention par le Dr Rafin.

Cystoscopie préalable : montre sur la paroi gauche de la vessie une surface irrégulière, noirâtre, végétante. La région prostatique est déformée par une saillie blanchâtre, à contours irréguliers, paraissant implantée sur elle.

1° Taille hypogastrique. Cystectomie partielle de dehors en dedans. Réimplantation de l'uretère gauche.

Après l'incision de la vessie, on voit une grosse masse villeuse, en chou-fleur, implantée sur la zone uretérale gauche, couvrant toute la région du fond, pédiculée et mobile.

La vessie est décollée en dehors, et on enlève aux ciseaux une large portion de la vessie comprenant toute la base d'implantation, avec le méat uretéral, situé en son milieu. Le bout supérieur de l'uretère, sectionné à 3 centimètres du méat, est repéré avec une Kocher; il laisse couler quelques gouttes d'urine et deux ou trois grumeaux blancs (pus)?

Réimplantation de l'uretère dans une boutonnière faite en dehors de l'incision. Première suture de l'extrémité uretérale sur la muqueuse vésicale, suivant la technique habituelle, par 4 points intéressant toute l'épaisseur de la paroi uretérale. Deuxième suture par 3 points reliant la paroi externe de l'uretère à la paroi externe de la vessie, pour empêcher la première suture d'être tiraillée. — L'implantation paraît solide.

Suture de la vessie en 2 plans au catgut fin, au niveau de l'exérèse; suture peut-être incomplètement hermétique, et intéressant peut-être les parties voisines.

Suture en 2 plans de l'incision vésicale hypogastrique. 2 drains.

Sonde de Pezzer dans l'urètre. Mèche sur la partie latérale gauche de la vessie.

2° Périnéotomie pour drainage.

Incision de la prostatectomie périnéale. Effondrement du plancher pelvien à l'aide d'une pince introduite entre la prostate et le rectum, avec laquelle on attire la mèche placée à gauche de la vessie.

Mèche périnéale pour l'hémostase.

Suture de la paroi abdominale en 2 plans : catgut chromique et fil métallique.

Examen de la tumeur. — Poids : 75 grammes.

Très molle, très irrégulière, friable, recouverte de filaments ramifiés, comme des villosités ; par places, aspect en chou-fleur. La base d'implantation est étroite.

Paroi vésicale non infiltrée autour d'elle.

L'orifice uretéral est très voisin de la base d'implantation, sans être envahi par elle. Uretère dilaté, à parois épaisses.

Examen histologique (Dr Faysse) : Papillome avec, profondément, de grosses dilatations veineuses et un grand nombre de cellules conjonctives embryonnaires, décelant une inflammation chronique. Pas d'infiltration épithéliale profonde.

5 *avril.* — Va bien. Sonde fonctionne bien. Ablation de la mèche périnéale.

7 *avril.* — Ablation de la mèche introduite par l'abdomen pour drainer l'hypogastre, l'urine passant toute par la sonde.

8 *avril.* — Drain hypogastrique enlevé. La sonde fonctionne toujours très bien. Apyrexie.

13 *avril.* — Sonde enlevée.

14 *avril.* — Le malade a uriné souvent par la verge. Pas d'écoulement par la plaie périnéale. Un petit point de suppuration au niveau de la plaie hypogastrique.

19 *avril.* — Depuis deux jours, élévation progressive de la température. On remet la sonde à demeure le soir.

20 *avril.* — Depuis la remise de la sonde, apyrexie. Suppuration persistante de la fistule abdominale. Plaie périnéale tarie. Début de cicatrisation.

25 *avril.* — Sonde enlevée. Urine bien. 150 grammes à la fois.

28 *avril.* — Apyrexie depuis l'ablation de la sonde. Plaie abdominale sèche. Bonne cicatrisation de la plaie périnéale. Palpation des reins négative.

2 *mai.* — Un peu de fièvre depuis deux jours. Reins : 0. Vessie vide. Urine assez claire, plaie sèche sans pus.

6 *mai.* — Apyrexie. Cicatrisation complète. Urine un peu louche.

9 *mai.* — Urine du premier verre, louche ; deuxième verre, claire.

11 *mai.* — Sort, va bien.

Janvier 1906. — Ecrit qu'il va très bien, à tous points de vue.

Mars 1910. — Mort en cachexie, avec urine très albumineuse, « des suites de sa maladie », écrit l'entourage.

OBSERVATION XIII.

Papillomatose diffuse de la vessie.— Cystectomie totale (Ablation abdomino-périnéale du bloc vésico-prostatique). — Uretères laissés dans la plaie. — Réimplantation des uretères à la peau 2 mois après. — Mort par infection rénale 3 mois après.

M. J... Claude, cultivateur, 48 ans. Entre le 4 janvier 1910 à l'Hôpital St-Joseph, pour hématuries.

Antécédents généraux. — Rien de notable.

Antécédents urinaires. — 0 ; sauf hématuries. Sondé pour la première fois, il y a 8 ans, à la suite d'une hématurie.

Début. — Il y a 20 ans par des hématuries indolores, capricieuses, sur lesquelles n'influent ni la fatigue, ni la marche, ni la voiture, survenant une fois ou deux par mois, pendant 3 à 4 jours, avec des interruptions de quelques mois. Depuis 3 ans ces hématuries sont plus fréquentes, nettement terminales, avec des caillots. Pollakiurie.

Mictions. — Fréquence : 4 à 5 la nuit ; toutes les 2 heures le jour. Douleur : terminale.

Urine. — Très hématique, avec globules blancs plus nombreux que dans le sang, et quelques cellules ovalaires.

Staphylocoques et quelques streptocoques.

Hématuries fréquentes, nettement terminales.

Vessie. — Capacité : 50 gr. —?—

Prostate, très difficile à délimiter en haut, car elle se confond avec une masse dure du volume d'un poing, qui donne nettement la sensation d'un néoplasme. Cependant, la prostate elle-même semble petite.

Reins. — Non perçus, non douloureux. Cependant point douloureux dans la région lombaire gauche, qui se laisse moins bien déprimer.

Testicules : 0.

Etat général. — Passable. Polyurie légère : 1.700 gr.

15 janvier 1910. — Intervention par le docteur Rafin.

Ablation abdomino-périnéale, sans ouverture de la vessie, du bloc prostato-vésical.

1er Temps. — Laparatomie. Décollement de la vessie. Section des uretères. Incision médiane ombilico-pubienne, malade en Trendelenbourg. Incision du péritoine que l'on décolle du pôle supérieur et des faces latérales de la vessie, aussi loin que possible. Légère hémorragie. On ne voit pas les pédicules latéraux de la vessie. On met les uretères à découvert. Décollement du péritoine sur la face antérieure de la vessie, et décollement pubo-vésical. Section aux ciseaux des ligaments pubo-vésicaux.

Suture du péritoine, assez pénible, à cause de sa grande friabilité. Fermeture incomplète. Mèche à la partie déclive pour séparer le péritoine de la région vésicale ; drain dans la cavité. Suture de la paroi en 2 plans : catgut et fil métallique. Mèches. On revient à la vessie ; décollement complet ; section de l'urètre. Section des uretères entre 2 pinces courbes.

On laisse les uretères dans la plaie.

2e *Temps.* – Ablation périnéale du bloc prostato-vésical.

Malade en position de taille périnéale. Incision habituelle. On arrive rapidement sur la mèche sous-péritonéale. Décollement facile de la vessie et de la prostate en arrière. Hémostase. Ligature des vésicules séminales. On amène en un seul bloc la vessie et la prostate.

Drainage. — 4 mèches et tube de Freyer dans la plaie périnéale.

Examen de la vessie.— Après incision, on voit une papillomatose diffuse : nombreuses masses végétantes, exubérantes, mais toutes pourvues de pédicules plus ou moins nets. Toute la muqueuse paraît envahie.

A côté des grosses masses, on en voit de petites en formation, ainsi que de petits kystes du volume d'une tête d'épingle. La muqueuse parait cependant saine an niveau des méats uretéraux.

Au microscope. — Papillome typique (Dr Faysse).

16 janvier. — Après l'opération, qui a duré 1 h. 3/4 (la suture du péritoine ayant été particulièrement laborieuse), le malade semblait très affaibli. L'anesthésie avait duré 2 h. 1/4, la cystoscopie ayant été faite avant l'intervention. Mais il a été assez vite remonté, avec l'aide de stimulants.

1er Pansement. — Pas d'hémorragie.

17 janvier. — 2e Pansement. L'urine a coulé abondamment, surtout par la plaie périnéale. Ablation des mèches abdominales, sauf de celle qui est en rapport avec le péritoine.

Pouls à 92. Légère dyspnée ; quelques hoquets. Ventre indolore. Bonne respiration diaphragmatique.

18 janvier. — Pansement. Lavages abondants matin et soir.

19 janvier. — Ablation du tube de Freyer périnéal.

20 janvier. — Ablation de la mèche sous-péritonéale. On laisse encore le drain péritonéal.

24 janvier. — Un peu de sphacèle de la plaie. Bon état général.

26 *janvier.* — Hier, le malade a eu plusieurs frissons. La température axillaire a dépassé 40°. Violent point lombaire; probablement pyélonéphrite gauche (sensation signalée déjà avant l'intervention). Rien de pulmonaire. Plaie un peu sphacélée et incrustations calcaires.

27 *janvier.* — Etat stationnaire : T. à 39°4. Ablation du drain péritonéal. Ventre un peu ballonné. Légère diarrhée. Langue sèche.

28 *janvier.* — Irrigation continue de la plaie (40 litres par jour.

10 *février.*— Amélioration notable, dès qu'on a fait l'irrigation continue, poursuivie pendant 8 jours. Température normale. Bon aspect et cicatrisation progressive de la plaie. Le malade ne souffre pas et s'est levé hier.

26 *janvier.* — Amélioration progressive.

Etat satisfaisant de la plaie. Lavages réguliers pour prévenir l'incrustation. Fistule en haut et en bas. Le liquide injecté par la fistule périnéale ressort bien par la fistule abdominale.

2 *mars.* — Incision d'un petit abcès fessier, probablement consécutif à une légère escarre.

17 *mars.* — Petit abcès inguinal. Incision.

Plaie en assez bon état.

26 *mars.*— La fièvre reparue le 21, et persiste. On suppose que la loge vésicale forme un cloaque, où il y a rétention de pus, ou au moins d'urine. On se décide à faire un abouchement latéral des uretères.

Uretère droit. — Incision lombaire de la néphrectomie, pour chercher l'uretère au pôle inférieur du rein. Lésions

de périnéphrite intense. Ouverture à 2 reprises, et suture du péritoine.

On trouve enfin l'uretère, enveloppé d'une atmosphère fibreuse, dur et dilaté lui-même. On le sectionne au termocautère, après ligature du bout inférieur. On l'abouche, en avant de la première incision, à une boutonnière faite sur la paroi abdominale antérieure.

Bien qu'on l'ait sectionné le plus bas possible, il tire sur la paroi, à laquelle il est suturé par 4 points cardinaux. Une sonde conique olivaire introduite dans l'uretère est rapidement bouchée. On l'enlève, et avec elle un caillot long, moulé sur l'uretère.

L'uretère laisse alors couler de l'urine. Suture de l'incision lombaire.

Uretère gauche. — Pour éviter les difficultés rencontrées à droite, on l'aborde par la voie antérieure. Incision latérale à 2 centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Décollement du péritoine pariétal. On arrive sur les vaisseaux iliaques, et on saisit l'uretère après le croisement, un peu en dedans d'eux.

Section au thermocautère après ligature du bout inférieur. Abouchement au bord de l'incision primitive. Suture par 4 points cardinaux.

Cet uretère tire moins que l'autre, fonctionne vite et abondamment.

27 *mars.* — Le malade a 40°. Pansement très mouillé à gauche, très peu à droite.

30 *mars.*— Fièvre persistante et, ce matin, délire. Le soir, bon pouls.

L'urine passe à droite par le néo-méat uretéral, et en même temps par l'incision lombaire. On fait sauter un point de suture.

5 *avril.* — Le pansement n'est mouillé qu'à gauche. L'uretère droit ne donne presque plus.

6 *avril.* – Affaiblissement progressif. Il ne s'écoule rien à droite. Mort. Autopsie refusée.

OBSERVATION XIV (spéciale).

Papillome angiomateux. Exérèse simple.

Tumeur rare de la vessie, papillome angiomateux. — Taille hypogastrique. — Exérèse. — Thermocautérisation. — Guérison persistant deux ans après.

M. C... Fleury, boucher, 55 ans. Entre le 26 novembre 1909, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématuries.

Antécédents généraux : 0.

Antécédents urinaires. — Coliques néphrétiques droites, il y a 6 ou 7 ans, très douloureuses, un peu irradiées vers la vessie, pas vers les testicules. Pas d'émission de graviers. N'a jamais été sondé. Blenn. : 0.

Début. — Il y a 7 mois, avril 1909, hématuries faibles, mais continues pendant quatre jours, disparues par le repos et la diète. Depuis 11 jours, nouvelles hématuries ininterrompues, précédées 6 jours avant d'une douleur lombaire droite de courte durée.

Mictions. — Fréquence : 2 la nuit, sauf à l'époque des hématuries, alors 5 ou 6. Le jour, 4, indifféremment. Douleur. — Au moment du passage de caillots.

Urine. — Fortement sanglante, caillots globuleux, non cylindriques. Pas de sucre. Pas de pus au miscroscope.

Hématurie depuis 11 jours, non amendée par le repos, nettement terminale.

Urètre. — Rétrécissement diaphragmatique à l'angle perio-scrotal arrêtant un explorateur n° 16.

Vessie. — Le toucher ne révèle rien de suspect (Cystoscopie à la suite). Résidu : 280 gr. sanglant.

Prostate normale.

Testicule droit. — Un peu d'épanchement dans la vaginale.

Etat général parfait.

8 *décembre*. — Cystoscopie : A 1 centimètre en dehors de l'orifice uretéral droit, petite saillie irrégulière, comme une framboise, évidemment néoplasique et prolongée par une masse noirâtre, longue de 2 à 3 centimètres, paraissant plus mobile (caillot ?). Le méat uretéral droit paraît un peu béant.

11 *décembre* 1909. — Intervention par le Dr Rafin.

Taille hypogastrique. Incision longue, donnant cependant un jour à peine suffisant.

Dans la zone uretérale droite on retrouve la tumeur, dépourvue de son prolongement, qui était bien un caillot.

Exérèse. — On l'arrache involontairement par la simple préhension à la pince de Guyon. Thermocautérisation de la base d'implantation. On cautérise aussi une petite tache opaline sur la paroi latérale gauche.

Suture de l'incision. Tube de Perrier-Guyon. Sonde de Pezzer.

Examen histologique de la tumeur. — Aspect général d'un papillome, mais avec énorme vascularisation et véritables lacs sanguins. « Papillome angiomateux ». Dr Faÿsse.

13 *décembre* 1909. — On fait des lavages par la sonde. Ablation du tube. Bon état général : température 38°2. Urine à peine teintée.

20 *décembre*. — Ablation des fils de la paroi et de la sonde, le malade ayant, semble-t-il, du spasme vésical. Plaie très réduite.

23 *décembre.* — Commence à uriner par le canal.

25 *décembre.* — Urine en totalité par le canal. Plaie sèche.

27 *décembre.* — Un peu d'écoulement par la fistule.

4 *janvier* 1910. — Urine à peine dépolie. Alb. : 0. Capacité vésicale : 165 gr.

20 *janvier.* — Etat général parfait. Urine limpide. Alb. : 0.

11 *mai* 1911. — Revient. Urine limpide. Alb. : présence nette. Pas d'hématies. Quelques cellules épithéliales. Rares globules blancs.

7 *décembre* 1911. — Revient convoqué pour cystoscopie.

Etat général excellent. Hématurie : 0. Mictions : 4-5 la nuit ; 6-7 le jour, indolores.

Urine limpide ; alb. : présence importante (alcoolisme). Rien au microscope.

Cystoscopie. — On voit bien toute la paroi vésicale, fortement vascularisée, sans rien autre d'anormal.

Tumeurs malignes

1re série. — Cancer. Exérèse simple.

OBSERVATION XV.

Tumeur de la vessie, éliminée spontanément. — Récidive. (Epithélioma métatypique très voisin du cancroïde). — Taille hypogastrique. — Exérèse simple. — Bonnes suites

immédiates. — Mort foudroyante le quinzième jour. — Embolie cérébrale probable. — (Insuffisance métrale).

Mme A..., Rosalie, 67 ans. Entre à l'Hôpital Saint-Joseph le 10 novembre 1902 pour hématuries.

Antécédents : 0. 0.

Début brusque il y a un an, par une hématurie de 25 jours. Sang rouge vif, urine teintée uniformément. Ni pollakiurie ni douleur. Etat général indemne. Pas de nouvelle hématurie jusqu'au mois dernier. Mais alors mictions sanglantes, fréquentes, indolores. Anémie et affaiblissement progressifs. Entre en rétention. Seule la sonde à lithotritie peut évacuer les caillots et les débris sphacélés qui bouchent l'urètre.

Vessie. — Cystoscopie. Grosse tumeur sur la partie droite du bas-fond vésical.

Etat général. — Anémie extrême. Pas d'œdèmes.

24 *novembre.* — Sondages et lavages avec la grosse sonde à lithotritié pendant 8 jours. Plus de sang dans l'urine, macroscopiquement du moins. Mictions spontanées depuis 5 jours.

Douleur nulle. Meilleur état général. Mange davantage.

Reins : 0.

Cœur. — Souffle systolique de la pointe, propagé à l'aisselle.

Poumons : 0.

10 *décembre.* — Lavages, l'urine étant sale et fétide. Amélioration de l'état général.

2 *janvier* 1903. — L'hématurie ne s'est pas reproduite. Etat général s'améliore sans cesse.

Urine. — Trouble, purulente, non fétide.

Cystoscopie. — Méats uretéraux très bien vus. On ne voit plus la tumeur, mais à sa place uretéral droit, petite saillie

couronnée par des débris blanchâtres. Cette saillie n'est autre que le point d'implantation de la tumeur qui s'est éliminée.

Plusieurs examens cystoscopiques ont donné le même résultat, confirmé par des photographies cystoscopiques présentées en janvier à la Société Nationale de Médecine à Lyon.

Les débris sont enlevés peu à peu par des lavages.

La malade part.

Juillet 1903. — La malade convoquée, rentre à l'Hôpital.

Etat général excellent. Urine presque limpide. Albumine : 0.

Cystoscopie. — Tumeur siégeant au niveau de la plaque signalée en janvier, mamelonnée, large de 2 à 3 centimètres. C'est sans aucun doute possible, une récidive sur place.

Toucher vaginal négatif.

16 *juillet* 1903. — Intervention par le Dr Rafin.

Taille hypogastrique. — Tumeur peu saillante, non pédiculée nettement, mais épanouie en surface.

Excision de la tumeur saisie à la pince de Guyon. Suture de la surface de section.

Suture de la paroi vésicale antérieure. Tube de Guyon-Perrier. Sonde de Pezzer, dans l'urètre. Suture de la paroi.

Examen histologique de la tumeur. (M. Mérieux).

Epithélioma métatypique, du type pavimenteux, tubulé et surtout lobulé. Il y a, par places, de petits globes de cellules aplaties à disposition concentrique. Néoformation épithéliale considérable. Tumeur développée surtout en surface. Ces caractères nous permettent d'établir un rapprochement entre cette tumeur et les cancroïdes de revêtement cutané.

18 *juillet*. — Va très bien. Toute l'urine passe par la sonde, presque pas sanglante.

29 *juillet.* — Plaie absolument sèche. Urine trouble. Lavage.

30 *juillet.* — Mort subite : La malade avait eu le 23 et le 24 une élévation de température non renouvelée depuis. Les suites avaient été très simples et très rapides. Elle venait de se lever pour déjeuner assise à table. De suite après, on la trouve à terre, morte.

Autopsie. — Rien aux poumons. Rien d'anormal à la vessie. Rein droit, néphrite ascendante nette ; multiples et tout petits abcès dans le pôle supérieur ; pas de rétention dans le bassinet. R. G. : 0.

Malheureusement on n'a pu autopsier le cerveau.

OBSERVATION XVI.

Cancer de la paroi inférieure de la vessie, non pédiculé. — Taille hypogastrique. — Exérèse. — Mort dans l'année.

Mlle C... Françoise, domestique, 56 ans. Entre le 25 janvier 1901 à l'hôpital St-Joseph pour hématurie.

Antécédents : Santé habituellement médiocre, fistule anale. Célibataire, ménopause il y a cinq ans.

Début. — Il y a un an par troubles de la miction : douleur en urinant, pollakiurie surtout nocturne (5 à 6 mictions), puis urine légèrement sanglante, jamais de sang pur. Ces hématuries étaient capricieuses, sans cause apparente, durant un jour ou deux, pour reparaître deux jours après.

Forte hématurie la semaine dernière à la suite d'un lavage vésical ; nombreux caillots. A l'entrée l'urine n'est pas teintée, mais fortement albumineuse.

Vessie. — Le toucher vaginal combiné au palper en fait sentir les parois épaissies comme par une tumeur mollasse.

Reins. — On sent le pôle inférieur des deux reins.

Etat général. — Passable. Tousse depuis 8 jours. Rien à l'auscultation. Anorexie depuis quelques semaines.

6 février. — Urine sanglante et malodorante depuis l'entrée. Une première tentative de cystoscopie, a échoué à cause du sang.

Cystoscopie. — Après injection de cocaïne, montre une très grosse tumeur non pédiculée, bourgeonnante, irrégulière, sur la paroi inférieure de la vessie, un peu plus à droite.

Etat général : Médiocre.

8 février. — Intervention par le Dr Rafin.

Compte rendu par le Dr Rafin : « Taille hypogastrique à « l'ordinaire. La tumeur occupe une grande partie de la ves- « sie, nullement pédiculée, s'écrasant sous les doigts, mais « résistant à la curette. Elle saigne énormément, et son « ablation en est très difficile en raison de son étendue et « de l'hémorragie. — Je parviens cependant à l'enlever, « mais je ne suis pas sûr d'avoir fait une ablation complète. « Thermo-cautérisation. Hémostase très pénible. — Drain « de Perrier, et sonde de Pezzer dans la vessie. — Suture « de la vessie au repin, de l'aponévrose au chromique, « mèches. »

12 février. — Ablation du drain de Perrier qui a bien fonctionné. Nombreux lavages boriqués.

16 février. — Ablation des mèches. Température à 38°,6. Rougeur de la plaie sans induration.

20 février. — Depuis trois jours, la malade a chaque soir un frisson, vers 5 ou 6 heures, suivi d'une élévation de température (39° à 40°). Rein droit, volumineux et douloureux. Plaie en bon état. Sonde fonctionne bien.

22 *février.* — Va mieux. Le liquide du lavage ne sort pas par la plaie. Urine assez limpide, pas de sang.

28 février. — Le rein droit semble moins gros. Amélioration. La plaie se ferme.

1er mars. — Il s'écoule toujours de l'urine par la plaie. L'urine qui s'écoule par la sonde est satisfaisante.

15 mars. — Cicatrisation complète. Etat général satisfaisant. Urine encore assez trouble ; urine, 150 gr. à la fois. Résidu vésical, 25 gr.

Rein droit toujours un peu gros, mais bien moins. Exeat.

Quelques jours après on apprend que la fistule hypogastrique s'est rouverte.

Morte dans l'année à l'hôpital de Grenoble.

OBSERVATION XVII.

Epithélioma métatypique sessile dans la région du col vésical. Taille hypogastrique. — Exérèse simple. — Récidive quatre mois après.

Mme L..., Rosalie, cultivatrice, 68 ans. Entre le 8 septembre 1903, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématuries.

Antécédents. — Un peu de dysurie et de pollakiurie depuis quelques mois : 2 à 3 mictions la nuit, 5 à 6 le jour. Coliques néphrétiques douteuses.

Début. — Il y a 5 mois, par des hématuries indolores, survenant en moyenne une fois par semaine. Mictions fréquentes, difficiles, avec de faux besoins. Dysurie surtout nocturne ; le jour, cède vite à la marche. Il y a 2 mois, hématuries nocturnes pendant 8 jours, plus espacées et moins abondantes depuis.

Mictions. — 3 la nuit, 6 le jour, souvent douloureuses. Retard fréquent de la miction. Urine sanglante.

16 *septembre* 1903. — Intervention par le Dr Rafin.

Anesthésie à l'éther, sans incident.

Taille hypogastrique. On voit la tumeur implantée sur le trigone, dans la région du col. Diamètre de 4 centimètres.

Excision de la tumeur et de la muqueuse environnante, allant en profondeur jusqu'à la couche musculaire. Suture de la muqueuse au catgut 0.

Suture de l'incision vésicale. Tube de Guyon-Perrier.

Suture incomplète de la paroi. Sonde à demeure.

Examen histologique de la tumeur. Epithélioma métatypique infiltré. Sclérose de la couche musculeuse (vieilles lésions inflammatoires). — (M. Mérieux).

28 *septembre*. — Tube enlevé le 24. L'urine coule par la plaie. Changement de la sonde qui doit être bouchée.

18 *octobre*. — Suites simples. Pas de fièvre. L'urine a été longtemps sanglante. Pas de lavages. Quitte l'Hôpital.

4 *janvier* 1904. — Revient avec une volumineuse récidive. On sent une tuméfaction dure, dessinant une vessie distendue, profondément.

Plus superficiellement, la ligne de suture est soulevée par une induration du volume d'un citron, bosselée.

Etat général. — Meilleur qu'à l'entrée première. A gagné 3 kgs, pas de pâleur, pas d'hématurie, ni de dysurie.

Urine trouble, un peu ammoniacale, non hématique.

Le rein droit paraît gros et dur.

Morte probablement quelques mois après.

OBSERVATION XVIII.

Epithélioma pédiculé. — Taille hypogastrique. — Exérèse de la base d'implantation. — Récidive et mort 2 ans après.

Mlle S..., Marguerite, 72 ans. Entre en mars 1907, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématuries.

Antécédents généraux. — Fièvre typhoïde à 35 ans. Célibataire.

Antécédents urinaires : 0. Pas de sondage antérieur.

Début. — Il y a 2 mois, « à la suite d'une frayeur », dit la malade, douleurs vives dans tout l'abdomen. 8 jours après, incontinence d'urine, plus marquée dans la station debout. Mictions douloureuses, puis urines sanglantes (sang noiret caillot) pendant 8 jours ; les urines redeviennent moins sanglantes, roses, sans caillots

Actuellement. — Hématurie modérée, incontinence partielle.

Mictions. — Fréquence : debout, toutes les minutes ; couchée, toutes les demi-heures. Douleur : Pendant, après et dans l'intervalle des mictions.

Urine. — Sanglante et purulente ; nombreux globules blancs. Inoculation au cobaye. — Ganglions caséeux, d'autres avec des tubercules. On n'y a pas vu de bacilles de Koch. Hématurie totale et continuelle depuis fin janvier.

Vessie. — Capacité : 150 grammes.

Toucher vaginal. — Combiné au palper, masse épaisse, assez dure, sentie à travers la paroi antérieure du vagin.

Cystoscopie (29 mars) sous anesthésie. — (Grande intolérance vésicale ; même avec anesthésie générale. On ne peut injecter plus de 50 grammes). On voit une masse blanchâtre ayant l'aspect d'un calcul ; mais, par endroit, la masse est lobulée et festonnée avec de petits cryptes rougeâtres.

Reins. — Non perçus, non douloureux.

30 *mars* 1907. – Intervention par le Dr Rafin.

Anesthésie au Bilroth.

Taille hypogastrique. Au cours de l'opération, on a dû se donner du jour par l'incision transversale des m. G. droits.

La tumeur est vue et saisie facilement à la pince de Guyon ; la paroi ne paraît pas infiltrée autour. Excision de la tumeur et de la muqueuse environnante qu'on suture.

Suture de l'incision vésicale hypogastrique. Tube de Guyon-Perrier. Suture de la paroi.

Examen de la tumeur.

Macroscopiquement. — Masse très irrégulièrement arrondie, du volume d'une grosse mandarine, rose noirâtre et assez dure. P = 70 grammes.

A la coupe : 1° zone interne blanche, criant sous le scalpel comme un fibrome ; 2° zone externe, plus tendre, violacée, avec quelques points noirs (infractus) ?

Microscopiquement (Dr Faÿsse) : Epithélioma à prolifération intense, — soit en boyaux, soit en nappes diffuses, — richement vascularisé, avec un épais stroma conjonctif, très développé à la partie centrale de la tumeur.

6 *avril.* — Plaie sanieuse. Débridement de la plaie sur 3 centimètres. Peau décollée. Lavages abondants.

13 *avril.* — Va mieux, mais plaie un peu sphacélée, mal détergée.

20 *avril.* — Plaie dans le même état. Elimination importante de débris sphacélés. Cicatrisation de l'extrémité supérieure. L'urine coule par la plaie.

5 *mai.* — Incrustation calcaire, cicatrisation lente de la plaie, qui laisse encore passer toute l'urine. Fièvre modérée. Etat général médiocre. Léger œdème de la cuisse gauche, sans signe de phlébite.

16 *mai.* — Issue d'un flot de pus par la plaie, au cours du pansement. On n'en peut trouver la source.

22 *mai.* — Cicatrisation très lente. Plaie grisâtre. Pus derrière la symphise pubienne dénudée. La muqueuse de la vessie fait saillie entre les lèvres de la plaie vésicale. Etat général médiocre.

. . . . . .

Juillet 1909. — Revient se montrer. Urine assez trouble, sans odeur, parfois un peu sanglante depuis 6 mois.

Capacité vésicale : 160 grammes.

Mictions douloureuses. — 6 à 8 la nuit ; toutes les heures

le jour. Paroi vésicale non indurée (toucher). Eventration hypogastrique.

Cystoscopie sans résultats ; mauvaises conditions d'examen ; on ne peut affirmer la récidive; la muqueuse vésicale est très irrégulière. Pas de calculs.

Etat général bon.

Décembre 1909. — Mort ; récidive certaine.

OBSERVATION XIX.

Epithélioma non pédiculé de la face postérieure de la vessie. — Exérèse de la base d'implantation et thermocautérisation. — Récidive et mort 2 ans après.

M. R..., garçon de peine, 65 ans. Vu pour la première fois, le 7 juin 1892, par le Dr Rafin, pour hématurie.

Antécédents généraux. — Rhumatisme à 35 ans. « Congestion cérébrale » à 45 ans.

Antécédents urinaires. — Blennorrhagie à 25 ans.

Une à deux mictions la nuit depuis 10 ans.

Début. — Il y a 7 mois, par mictions troubles et fréquentes, jour et nuit également, puis il y a 6 mois très légère hématurie terminale, intermittente. Douleur depuis un sondage.

Mictions. — Tous les trois quarts d'heure, jour et nuit également. Marche sans influence marquée. Douleurs : Cuisson vive au bout de la verge, et ténesme.

Urine. — 1er verre, noirâtre ; 2e verre, rouge ; 3e verre, sang pur.

Vessie. — Ne paraît pas indurée au toucher.

L'explorateur métallique donne la sensation de graviers, au moment du ténesme provoqué par le cathétérisme.

Prostate un peu grosse.

Reins : 0.

Etat général. — Bon, sauf anorexie récente.

17 *juin*. — Les lavages, régulièrement répétés, amènent l'expulsion de graviers, sans modification de l'état du malade.

Intervention par le Dr Rafin.

Anesthésie laborieuse. Malade agité.

Taille hypogastrique.

Lavage vésical, garnissage de la vessie. Pas de ballon.

Ligature de la verge avec un tube de caoutchouc.

Vessie profondément située. Le cul-de-sac péritonéal refoulé descend constamment et gêne beaucoup. Incision et suspension de la vessie.

Tumeur située au-dessus du trigone sur la face postérieure. Elle est ulcérée, molle, non pédiculée, non saignante.

Exérèse de la base de la muqueuse environnante, suivie de thermocautérisation.

Suture de la vessie au catgut. Tube de Perrier-Guyon.

Suture de la paroi en deux plans. Mèche dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Examen histologique de la tumeur. — Epithélioma métatypique (Dr Durbesson).

22 *juin*. — Après l'intervention le malade a été agité et toussait. Températures du soir à 38°4. On enlève le tube, la mèche et les fils de la paroi. Plaie en bon état. Sonde à demeure. Urine toujours teintée de sang. Un lavage ressort propre.

8 *juillet*. — Va mieux. A eu quelques troubles digestifs. Beaucoup d'urine par la plaie. Un sondage ramène 70 gr. d'urine un peu trouble, contenant de rares hématies.

20 *juillet*. — On a changé plusieurs fois la sonde bouchée. Chaque fois, on a donné issue à de l'urine trouble, peu

ou pas hématique. Plaie à peu près fermée. Ablation de la sonde.

28 *juillet*. — Plaie fermée et sèche. Bon état général.

4 *août*. — Urine presque limpide. Mictions indolores, 6 la nuit, le jour toutes les 2 heures.

6 *juin* 1893. — Etat général excellent. Urine dépolie, pas de sang. Mictions : 2 à 3 la nuit ; le jour, toutes les 2 heures.

12 *mars*. — Mictions et urine fétides. Les efforts font sourdre, par une fistule hypogastrique qui s'est ouverte, un peu d'urine.

23 *avril*. — Tumeur végétante au niveau de la fistule, du volume d'une noix.

16 *juin* 1894. — Mort de récidive.

OBSERVATION XX.

Cancer de la vessie, dans la région du col, pédiculé. — Taille hypogastrique. — Exérèse. — Guérison opératoire. — Récidive et mort 3 ans après.

Mme D... Péroline, 44 ans. Entre à l'Hôpital Saint-Joseph, le 2 juin 1903, pour hématurie.

Antécédents. — Pas de sondages avant l'affection actuelle. Pas de lithiase. Métrite il y a 9 ans. Furonculose il y a 6 ans.

Début. — Il y a 3 ans : Hématurie pendant 8 jours, indolore, sans pollakiurie disparue complètement pendant plus de 2 ans. En décembre 1902, urine rouge de temps en temps, surtout à l'occasion d'une fatigue. Depuis 2 mois, urine constamment sanguinolente. Premier sondage, il y a 15 jours ; douleurs depuis.

Mictions. — Fréquence : la nuit, 1 à 2. Le jour, 3 à 4 au

plus. La station debout provoque le besoin d'uriner. Douleur. — Cuisson vive dans le canal pendant la miction.

Urine. — Très sanglante, 2 litres en 24 heures.

Hématurie. — Nettement totale, à la miction et au cathétérisme.

Vessie. — Capacité normale.

Cystoscopie. — Après une tentative infructueuse, à cause du sang, deux séances permettent de voir nettement une tumeur volumineuse, dans la région du col, qui semble être entouré par elle. Surface mamelonnée.

Pas d'induration par le toucher vaginal.

Reins : 0. Forte douleur lombaire à droite pendant une nuit en 1903.

Etat général. — Bon appétit.

7 *juin*. — Intervention par le Dr Rafin.

Taille hypogastrique. Exérèse.

Vessie à parois minces. Dès l'incision on voit saillir une masse entre les deux lèvres de la plaie. Avec une pince de Guyon, on saisit le fond de la vessie pour l'attirer en avant, par la partie droite de la tumeur. Hématurie abondante qui oblige à arracher la tumeur, nettement pédiculée, avec les doigts. Mais on voit mal le point d'implantation. Cependant on excise largement la paroi à son niveau, en la creusant en cuvette, sans suturer. A côté et au-dessus de cette tumeur qui était nettement à droite du col, bien qu'à la cystoscopie elle parût l'entourer, on en voit une seconde, très petite, d'aspect papillomateux, qu'on enlève d'un coup de ciseaux jusqu'à la couche adipeuse. Un surjet au catgut.

Hémorragie considérable pendant l'opération.

Suture de la vessie au catgut, points non perforants. Drain de Perrier et sonde de Pezzer.

Examen histologique de la tumeur : Epithélioma papillaire, très métatypique (M. Mérieux).

8 *juin*. — Un peu de choc. Pouls à 100. Drain et sonde fonctionnent.

9 *juin*. — Ablation du drain de Perrier.

10 *juin*. — Cette nuit un peu de douleur lombaire droite. La vessie commence à faire nettement réservoir.

27 *juin*. — La sonde a été enlevée le treizième jour. L'urine a passé depuis un jour ou deux par la plaie. Va bien. Plaie incomplètement cicatrisée. Pas de sang dans l'urine qui est purulente, surtout celle du fond, au cathétérisme. Exeat.

26 *novembre* 1903. — A souffert beaucoup en urinant, il y a quelque temps. Actuellement urine toutes les 3 heures. Urine très trouble. Lavages au nitrate.

Reins non accessibles.

Cystoscopie. — Pas de récidive, muqueuse très rouge. Petite cicatrice foncée.

30 *décembre*. — Série de lavages en décembre. Le 21, nouvelle crise douloureuse du rein droit. Réflexe pyélo-vésical. Mictions un peu moins fréquentes : toutes les 3 heures. Urine un peu moins trouble. Région rénale droite résistante (Ventre balloné, constipation).

31 *décembre*. — Rein droit douloureux, perceptible, volumineux et bosselé. Réflexe pyélo-vésical. Rien à gauche.

18 *février* 1904. — Mêmes constatations, le tout un peu amélioré.

23 *novembre* 1904. — Etat général très amélioré, appétit délicat, un peu de dyspepsie. Souffre un peu du rein droit, qui est encore gros. Mictions. — La nuit, toutes les 3 heures ; le jour, toutes les 4 heures, moins impérieuses. Urine. — Louche, mais nettement améliorée. Vessie. — Capacité : 50 gr. (malade très sensible). Cystoscopie. — Muqueuse rouge. Cicatrice blanche, moins irrégulière. Toucher vaginal. — Pas d'induration dans la zône opérée. Il semble qu'on sente l'uretère droit.

14 *décembre* 1905. — Pas d'hématurie. Douleur rénale droite de plus en plus fréquente, avec clarification momentanée de l'urine (pyonèphrose intermittente ?) et vomissements. La vésicule biliaire serait également douloureuse et grosse. Rein droit moins perceptible.

27 *décembre* 1905. — Revient à l'hôpital pour des crises douloureuses. En indique comme siège la vésicule biliaire, qui est grosse en effet. Rein droit un peu perceptible. Urine modérément trouble, sauf le fond. Vessie. — Capacité : 140 gr. Cystoscopie. — La zône opérée a un aspect bien moins cicatriciel, pas de récidive en ce point, mais en arrière du pôle supérieur deux tumeurs : l'une du volume d'une petite noix ; l'autre d'une framboise.

Drainage des voies biliaires. — Suites simples. Soulagement marqué de la malade, de ce côté.

17 *juillet* 1906. — Violentes hématuries à plusieurs reprises depuis janvier 1906. Mauvais état général. Mort en novembre 1906.

OBSERVATION XXI.

Tumeurs multiples de la vessie. — Epithélioma tubulé. — Taille hypogastrique. — Exérèse simple. — Guérison opératoire. — Résultat éloigné incertain. — Pas de récidive trois ans et huit mois après.

Mlle G... Marie, ouvrière, 28 ans. Entre le 23 avril 1901, à l'hôpital St-Joseph pour hématurie.

Antécédents généraux. — Pleurésie gauche, il y a six ans.

Début. — Il y a 5 ou 6 ans, par des mictions plus fréquentes, et douloureuses, surtout à la fin, avec des hématuries terminales. Séjour de trois semaines à l'Hôtel-Dieu, il y a un an. Etat stationnaire, avec des améliorations passagères.

Mictions. — 2 la nuit, 5 le jour, douleur terminale.

Hématurie fréquente, toujours terminale, peu abondante.

Reins : 0.

Vessie. — Cystoscopie. On voit plusieurs tumeurs rouges, bourgeonnantes ou cratériformes ; l'une est très voisine du méat uretéral gauche. D'autres à la partie supérieure du col, ont la forme de polypes.

10 *mai*. — Hématurie disparue depuis le lavage fait il y a trois semaines. Urine assez louche.

11 *mai*. — Intervention par le Dr Rafin.

Taille hypogastrique. — La vessie est remplie de nombreuses tumeurs d'aspect et de dimensions variables, les plus grosses moins sessiles ; aucune n'est pédiculisée nettement. L'une d'elle semble sortir en bouquet de l'orifice interne de l'urètre. Toutes, sauf cette dernière, sont facilement enlevées à la curette. Chaque exérèse est immédiatement suivie de thermo-cautérisation. Leur implantation est en pleine muqueuse ; l'exérèse est donc complète. La tumeur urétérale ne semble pas excisée aussi complètement. Deuxième thermo-cautérisation de tous les points curettés.

Suture de l'incision vésicale au catgut fin. Tube de Guyon-Perrier. Suture de la paroi.

Examen histologique de la tumeur (Dr Cade). Epithélioma pavimenteux tubulé.

22 *mai*. — Suites simples. Plaie en très bon état. Urine encore trouble.

2 *juillet* 1901. — Dit aller très bien. Urine assez louche. Deux mictions la nuit.

19 *octobre* 1901. — Excellent état général et local.

Urine de la miction un peu trouble (?) ; la sonde ramène une urine limpide.

La malade a engraissé de 7 kilog.

Cystoscopie. — (le cystoscope pénètre à frottement).

Muqueuse normale ; aucune trace de cicatrice ; sauf peut-être, au niveau de l'incision teinte grisâtre. Petits bourrelets autour du col, n'ayant pas l'aspect de néoplasme.

4 *mai* 1902. — La malade a maigri ; troubles digestifs.

Urine encore trouble ; pas de sang.

10 *janvier* 1905. — Mariée depuis deux ans. Pas de grossesse. Bon état général. Aucun trouble urinaire. Douleur : 0. Urine limpide, sans albumine. Mictions : la nuit, 0; le jour, 3 à 4. Vessie. — Capacité : 3 à 400 gr.

Cystoscopie. — Pas de récidive.

Le Dr Rafin croit l'avoir revue en 1906 en bon état ? ?

N'a pas pu être retrouvée depuis.

OBSERVATION XXII.

Epithélioma vésical malin, à forme papillaire, à pédicule court. — Taille hypogastrique. — Exérèse simple. — Récidive un an et demi après. — Mort six ans et demi après.

M. B... François, boulanger, 43 ans. Entre le 26 mars 1904, à l'hôpital St-Joseph pour hématuries.

Antécédents généraux. — Bonne santé habituelle. Femme et enfants bien portants, sauf un enfant mort à quatre ans de méningite. Le malade lui-même a parfois des sueurs nocturnes, sans aucun autre signe de probabilité de tuberculose. Congestion pulmonaire, il y a un an.

Antécédents urinaires : 0.

Début. — Il y a 18 mois légères hématuries terminales, indolores, dont le malade s'est aperçu en voyant sa chemise tachée de liquide rosé. Marche sans influence appréciable. Apparition à des intervalles irréguliers et éloignés, pendant huit à quinze jours chaque fois.

Depuis huit à dix mois, hématuries presque constantes avec des recrudescences. Hématurie totale, mais plus marquée à la fin de la miction, qui est légèremant douloureuse. Sondé, il y a dix jours ; vives douleurs. Lavages astringents sans résultat.

Mictions. — Fréquence tous les trois quarts d'heure le jour ; un peu plus souvent la nuit ; douleur très vive dans le canal.

Urine. — Fortement teintée, dès le début de la miction. Quelques staphylocoques blancs (cultures). Inoculation négative.

Urètre. — Une nélaton 17 passe aisément.

Vessie. — Capacité : 70 gr. Emission de sang pur après le lavage.

Prostate. — Le lobe droit semble un peu empâté.

Reins. — Non perçus. Léger réflexe pyélo-vésical.

Etat général. — Passable. A maigri de 4 à 5 kgs en deux mois. Poumons. — Emphysème léger. Cœur. — Normal. Bon pouls à 72.

14 *avril.* — Amélioration progressive, sans traitement local, hématurie moindre. Capacité vésicale : 250 gr. Toutefois la douleur fait échouer une tentative de cystoscopie.

5 *mai.* — Cystoscopie : Tumeur à surface irrégulière, en fraise, du volume d'une petite noix, un peu pédiculée, à droite, non loin de la prostate. Quelques débris phosphatiques sur la tumeur et sur la muqueuse environnante.

10 *mai.* — Intervention par le docteur Rafin.

Anesthésie au Bibroth, sans incident.

Taille hypogastrique. — Technique habituelle. Paroi épaisse ; vessie profondément située ; fils suspenseurs.

On voit la tumeur, insérée à droite, non loin du col ; elle a l'aspect d'une fraise, rouge, tomenteuse, incrustée de débris phosphatiques. Elle est saisie à la pince de Guyon.

La muqueuse est incisée circulairement autour du pédicule, à une distance de trois millimètres, et disséquée lentement. Hémorragie ; tamponnement. Quatre points de suture au catgut 0. Suture vésicale. Mèches dans l'espace de Retzius. Tube de Guyon-Perrier. Sonde de Malécot. Suture de la paroi.

Le soir, douleurs vives. Lavage. Tube et sonde fonctionnent bien.

Examen histologique (M. Mérieux). Papillome malin, épaisseur considérable du revêtement épithélial, infiltration du stroma. Nombreuses figures de reproduction cellulaire.

12 *mai.* — Ablation du tube. Plusieurs lavages par jour. Bon état général et local.

17 *mai.* — Ablation de la sonde. Pas de fièvre.

2 *juin.* — L'urine passe presque en totalité par l'urètre.

Lavages fréquents, en évitant de faire déborder le liquide par la plaie.

11 *juin.* — Exeat. Va bien.

21 *juillet.*— Urine à peine louche. Etat général excellent. Capacité vésicale : 180 gr. Mictions : 0 la nuit, 3 à 5 le jour.

Cystoscopie : Cicatrice très visible, étoilée ; au centre très légère saillie, recouverte d'un enduit blanchâtre; au-dessous point rose suspect. Orifice uretéral droit invisible, probablement caché dans les plis en rayon de la cicatrice.

Orifice uretéral gauche très visible.

Reins : 0.

Décembre 1905. — Le médecin traitant annonce la récidive. Le malade affirme avoir pissé du sang un an après l'opération, puis être resté six mois sans en avoir revu dans son urine.

1er *juin* 1906. — Le malade rentre quelques jours à l'hôpital.

Hématurie modérée. Urines sales. Pas de cystoscopie.

L'hématurie cesse au bout de quelques jours. Le malade part.

12 *octobre* 1909.— Le malade revient en raison de l'hématurie persistante, et d'une tuméfaction hypogastrique.

Il expulserait depuis 6 mois des débris de chair.

Toucher rectal. — On ne peut délimiter en haut la prostate qui se continue avec un globe du volume du poing, évidemment la vessie indurée.

14 *octobre*. — Ouverture spontanée de la tuméfaction hypogastrique. Etablissement d'une fistule par où s'élimine toute l'urine, qui est sanglante, et des débris de sphacèle.

Amaigrissement. Mauvais état général. Fièvre : 39° le soir. Part.

21 *décembre*. — Depuis 10 jours, fermeture de la fistule. Pas d'élimination de débris depuis le 20 octobre.

Etat général moins mauvais, mais soif vive et langue sèche.

Mictions. — 4 à 5 le jour, 4 à 5 la nuit, un peu douloureuses.

Urine. — Trouble un peu, mal odorante, légèrement hématique. Prostate : 0. Vessie indurée, surtout à droite (toucher combiné au palper).

Reins : 0. Un peu d'œdème des jambes.

Décembre 1910. — Mort avec des hématuries abondantes et de violentes douleurs.

OBSERVATION XXIII.

Papillome malin de la vessie, pédiculé. — Taille hypogastrique. — Exérèse simple.— Guérison persistante 10 ans après.

M. R.... Marie-Antoine, ecclésiastique, 60 ans. Entre le

21 juin 1901 à l'hôpital St-Joseph, pour mictions fréquentes et douloureuses.

Antécédents généraux. — Pas de maladies graves. Bronchites, angines, coryzas, etc.

Antécédents urinaires : 0.

Début. — Il y a 2 ans, par des mictions plus fréquentes, urines troubles, foncées.

A l'occasion d'une bronchite, le malade prend de l'alcool. Douleurs lombaires diffuses, non influencées par la marche ni la voiture, pollakiurie plus marquée, urine plus trouble ; cette aggravation est plus forte à l'occasion d'un nouveau « froid », et la marche influe dès lors sur le nombre des mictions, qui dépasse 30 en 24 heures. Le malade voit dans son urine de petits corps noirâtres, mous, qui gênent la miction et la rendent douloureuse. L'examen d'un de ces corps, qu'on avait dit au malade être de l'acide urique, les montre composés uniquement de débris organiques.

Mictions. — Fréquence, au repos : 1 ou 2 la nuit, 3 à 4 le jour ; beaucoup plus souvent si le malade fait de l'exercice. douleur actuellement : 0.

Urine.— Très troubles, denses, rouges, comme des urines de néphrite aiguë. Albumine abondante. Globules rouges et blancs, ni cristaux, ni cylindres. Polyurie : 2 l. 1/2 dans les dernières 24 heures.

Hématurie continue depuis l'entrée ; variable en intensité.

Urètre. — Phimosis.

Vessie. — Cystoscopie : Sur la paroi latérale gauche, en haut, petite masse bourgeonnante, sillonnée de veinosités, du volume d'une noisette. Rien ailleurs.

Prostate : 0.

Rein gauche, peut être perçu.

Hernie inguinale bilatérale.

Etat général. — Manifestations nombreuses et bénignes d'arthritisme. Bon embonpoint. Digestion satisfaisante.

12 *juillet* 1901. — Intervention par le docteur Rafin.

Taille hypogastrique. — Technique habituelle.

Excision de la tumeur saisie à la pince de Guyon, par section du pédicule, et thermocautérisation de la surface de section. Suture de l'incision vésicale. Tube de Perrier-Guyon. Sonde de Pezzer. Suture de la paroi.

Examen histologique de la tumeur (M. Mérieux) : Epithélioma papillaire ; figures kariokinétiques nombreuses. Infiltration d'éléments inflammatoires, non néoplasiques, dans la profondeur.

13 *juillet*. — L'urine passe en totalité par la sonde. Va bien.

14 *juillet*. — Quelques gouttes d'urine par le tube, un peu sanglante. Pas de lavage.

16 *juillet*. — Ablation du tube.

24 *juillet*. — Ablation des fils. Réunion *per primam*.

28 *juillet*. — Urine louche. Mictions légèrement douloureuses depuis 2 jours. Les lavages ne ressortent pas par la plaie, mais le pansement est un peu mouillé, pendant quelques jours encore.

Janvier 1903. — Ecrit qu'il va très bien.

30 *juillet* 1904. — Va très bien. Quelques picotements au bout de la verge.

Urine limpide. Albumine : 0. Mictions : la nuit de 0 à 2 ; le jour toutes les 3 heures.

Cystoscopie négative.

Décembre 1905. — Ecrit qu'il va très bien.

9 *mai* 1911. — Ecrit qu'il va parfaitement bien.

OBSERVATION XXIV.

Double tumeur vésicale, épithélioma métatypique. — Taille hypogastrique. — Double exérèse. — Mort un an après d'ictus apoplectique, sans aucun signe de récidive néoplasique.

M. M.... Louis, 63 ans. Entre le 23 mars 1899 à l'Hôpital St-Joseph, pour hématurie et cystite.

Antécédents généraux : 0.

Antécédents urinaires. — A 23 ans, blennorrhagie bénigne. Ni lithiase, ni infections urinaires.

Début. — Hématuries pendant 15 jours, il y a 15 ans. Puis 3 ou 4 fois tous les étés. Abondance de sang modérée. Douleur minime.

Il y a 6 ou 7 ans, interruptions du jet. Depuis cette époque, 2 mictions la nuit : le jour toutes les 3 ou 4 heures.

Depuis 2 mois, mictions plus fréquentes et plus douloureuses. Sondé le 12 mars par un médecin. S'est sondé lui-même le 15 et a pu s'injecter sans douleurs 500 gr. d'eau boriquée. Souffre et a des urines troubles depuis ce cathétérisme.

Mictions. — Fréquence. Toutes les 2 à 3 heures jour et nuit, sans influence de la marche et de la voiture. Douleur : depuis deux mois, au début et à la fin.

Urine. — Troubles avec de petits grumeaux, rose, infectée, alcaline.

Hématurie. — Nettement influencée par la marche.

Vessie. — Résidu : 80 gr. d'urine légèrement hématique. Nombreux grumeaux.

L'explorateur métallique, négatif quant au calcul, fait sentir une saillie sur la paroi inférieure.

Prostate. — Un peu grosse.

Reins. — Non perçus (obésité), non douloureux.

Etat général. — Bon. Poussées de rhumatisme, probablement rhumatisme urinaire infectieux.

La cystoscopie a été faite 2 fois sans résultat, d'abord milieu trouble, puis accident au cystoscope. L'intervention est décidée ; les urines ont été améliorées par des lavages.

Elimination d'un fragment reconnu néoplasique au microscope, par le cathétérisme.

25 *mars*. — Intervention par le docteur Rafin.

Taille hypogastrique. — On trouve 2 tumeurs : une tumeur principale au voisinage du col, et une plus petite sur la paroi postérieure.

Exérèse double aux ciseaux et thermocautérisation des bases d'implantation. Ablation d'un fragment suspect de la prostate. Suture de l'incision vésicale. Tube de Perrier-Guyon. Suture de la paroi. Sonde de Pezzer.

Examen histologique de la tumeur.— Epithélioma métatypique, à forme végétante.

28 *mars*. — Ablation du tube, qui a bien fonctionné. Rhumatisme articulaire, très douloureux, et goutte.

2 *avril*. — Lavages. Bon aspect de la plaie.

Mai. — Urine presque limpide. Plaie à peu près cicatrisée. Exeat.

Mort un an après d'ictus apoplectique, sans aucun trouble urinaire.

OBSERVATION XXV.

Papillome malin de la vessie. — Première hématurie remontant à 20 ans. — Taille et section du pédicule. — Dit aller bien 6 mois après.

M. R..., Antoine, cultivateur, 62 ans. Vu pour la première fois par le Dr Rafin, le 15 juin 1911, pour hématuries.

Antécédents : 0. Seulement une « fluxion de poitrine à 30 ans ». Ni fièvres éruptives, ni suppurations, ni lithiase, ni blennorrhagie.

Première hématurie il y a 20 ans. Renouvelée 2 à 3 fois jusqu'à l'année dernière.

Depuis un an hématurie quotidienne, surtout au début de la miction, non influencée par la marche ou la voiture.

Mictions. — Fréquence : 4 la nuit, depuis 6 mois seulement ; 4 à 6 le jour ; parfois beaucoup plus. Douleur terminale, légère.

Urines. — Les 3 verres sont rouges de sang. Surtout les 2 premiers. Microscopiquement sang pur.

Vessie. — Le toucher combiné au palper donne la sensation d'une vessie qui ne serait pas vide (tumeur la remplissant ?) mais pas d'induration.

17 *juin*. — Cystoscopie sans résultat, hémorragie incoercible. Le toucher, la vessie vidée, fait sentir à droite, en dehors de la prostate, une zone plus résistante.

22 *juin*. — Nouvelle tentative infructueuse de cystoscopie. (Hématurie).

Reins : 0.

Prostate : 0.

Etat général. — Affaiblissement et essouflement depuis quelques mois. Appétit passable.

24 *juin* 1911. — Intervention. (Dr Rafin). Bilroth sans incident.

Taille hypogastrique. — Incision médiane habituelle de la paroi. Incision de la vessie vide. Lavage au nitrate d'argent de la vessie ouverte. La palpation fait sentir de grosses masses bourgeonnantes, mais pédiculées.

Hémostase provisoire. — L'exploration montre 3 tumeurs pédiculées : 2 à gauche, la troisième sur le fond et un peu à droite. Les 2 de gauche sont saisies à la pince de Guyon

et leurs pédicules liés par un fil qui lâche. Section au thermocautère.

La troisième tumeur a une base plus large : On l'excise assez profondément aux ciseaux, et on suture au fur et à mesure. On constate alors l'existence d'une quatrième tumeur implantée par un pédicule étroit sur la face postérieure du col, à l'entrée de l'urètre. La traction nécessaire pour la pincer, l'arrache, et la base d'implantation est dès lors invisible.

Pezzer n° 22.

Suture de la vessie à 2 plans, au repin 0, après excision des bords de l'ouverture, déchiquetés et frangés. Tube de Guyon-Perrier. 2 points métalliques sur la paroi. Mèche.

Drain dans le Retzius.

Sonde à demeure.

Examen histologique de la tumeur. (Dr Faÿsse). Ulcération avec destruction profonde des éléments, où l'on reconnaît cependant quelques formations papillomateuses, à la surface. Plus profondément, infiltration de la paroi par des boyaux épithéliaux et des amas cellulaires irréguliers. Donc *cancer épithélial* infiltré.

5 *juillet*. — On enlève la sonde. Pas de lavages.

12 *juillet*. — La température, qui était redevenue normale s'élève à nouveau. On remet la sonde à demeure.

17 *juillet*. — Le malade a un peu de fièvre depuis 4 à 5 jours. La plaie est bien détergée.

4 *août*. — Va bien. Part.

15 *octobre*. — Le malade écrit qu'il va bien. N'a plus de fièvre, mais a souffert un peu du ventre. Ne signale pas d'autre incommodité.

2e série. — Cancers. Cystectomie partielle.

OBSERVATION XXVI.

Epithélioma étendu du pôle supérieur et de la face postérieure de la vessie. — Infection vésicale antérieure. — Taille hypogastrique. — Cystectomie partielle. — Large ouverture péritonéale. — Mort 5 jours après de péritonite.

M. B..., Georges, tisseur, 59 ans. Entre le 29 septembre 1902, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématurie.

Antécédents. — Une blennorrhagie de courte durée à 16 ans. Urine 2 à 3 fois la nuit depuis quelques années.

Début. — Sans prodromes, il y a 2 mois et demi par hématuries modérées, nettement terminales, apparaissant à intervalles irréguliers, sans cause connue. Cependant la fatigue influerait nettement sur elles.

Mictions. — Le jour toutes les 2 heures ; 3 à 4 la nuit ; indolores, non influencées par la marche.

Urine louche. Hématurie terminale.

Vessie. — Cystoscopie : Tumeur paraissant siéger à la face supérieure de la vessie ; située en réalité, en tenant compte de l'inclinaison du cystoscope, sur le pôle supérieur et la paroi postérieure.

Toucher. — Induration nette sur la face postérieure de la vessie.

Reins : 0.

Etat général. — Médiocre, peu d'appétit, langue rouge (?).

4 *octobre*. — Intervention par le Dr Rafin.

Taille hypogastrique. — Lavage impossible ; le liquide ne pénètre pas. Vessie dure, ratatinée. Après l'incision une injection vésicale soulève la paroi antérieure qui est souple.

On voit une énorme tumeur occupant le pôle supérieur et une partie de la paroi postérieure, intéressant toute l'épaisseur de la paroi ; on sent même en dehors d'elle, en arrière, des bosselures.

Cystectomie partielle après incision médiane de la tumeur et libération de la vessie en haut et en arrière. Très pénible, elle entraîne une large déchirure du péritoine très adhérent. La résection s'étend par une incision en V jusqu'entre les orifices uretéraux. Exérèse à peu près complète. Suture paraissant suffisante au catgut 0. Mèche dans le Douglas. Suture de la paroi vésicale antérieure. Tube de Perrier-Guyon. Sonde de Pezzer.

Examen histologique de la tumeur (M. Mérieux). — Epithélioma diffus, largement infiltré.

6 *octobre*. — Le premier jour, bon état général, mais la plaie laisse couler un liquide abondant. Rien par le tube, ni par la sonde. Aujourd'hui, vomissements, anxiété ; ventre ballonné. Température à 38° le soir.

9 *octobre*. — Mort en collapsus. Température à 37°.

Autopsie refusée.

OBSERVATION XXVII.

Epithélioma malin, à formé papillaire, infiltré profondément. — Taille hypogastrique. — Cystectomie partielle, n'intéressant par les uretères. — Mort le lendemain (pneumonie ?).

M. C... Augustin, cultivateur, 54 ans. Entre le 6 décembre 1909, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématurie.

Antécédents généraux. — Bronchites. Rhumatisme. Réformé pour palpitations. Femme bien portante, 9 enfants, une fausse-couche.

Antécédents urinaires : 0.

Début. — Il y a 3 mois, urine de plus en plus teintée de sang ; pas d'autre phénomène. Au bout de quelques jours, urine normale. Hématuries réapparues 15 jours après, plus marquées depuis une semaine, influencées par la marche et la voiture, comme la fréquence des mictions.

Mictions. — 3 à 4 le jour ; 3 la nuit ; douleurs, s'il y a des caillots.

Urine. — Trouble, foncée, non fétide. Assez nombreux globules blancs. Hématurie modérée.

Vessie. — Toucher négatif. Paroi très souple (6 décembre). On sent une petite masse roulant sous le doigt (13 décembre). Capacité : 360 gr.

Cystoscopie. — Masse blanchâtre, du volume d'une grosse cerise, à base rétrécie, dans la zone du méat uretéral droit, qui est invisible.

Prostate. — Petite.

Reins. — Douleur légère à la palpation dans la partie inférieure de la région lombaire gauche.

Etat général (?)

14 *décembre*. — Intervention par le Dr Rafin.

Taille hypogastrique. — Tumeur voisine du méat uretéral droit, dont l'urine semble sourdre par moments.

Cystectomie partielle large, après décollement de la paroi vésicale. Suture après recoupe.

Suture de la paroi antérieure. Tube de Perrier-Guyon.

Drains, mèches. Suture de la paroi abdominale.

Examen histologique de la tumeur. — Aspect de papillome à la surface. Infiltration épithéliale diffuse dans la profondeur. Donc épithélioma malin.

15 *décembre*. — Le malade, pendant les préparatifs de l'opération, s'était plaint d'un point de côté, auquel on n'avait pas attaché d'importance. La température, à 38°3 la veille au soir, était le matin de 37°8.

Le soir de l'opération, 38°6 ; le malade ne se plaint de rien.

Le matin, aggravation subite ; mort à 3 heures de l'après-midi ; la température était montée à 40°8.

Autopsie refusée.

Il semble avoir succombé à une pneumonie ayant débuté la veille de l'intervention et étant passée inaperçue.

OBSERVATION XXVIII.

Cancer vésical. — Cystectomie partielle n'intéressant pas les uretères. — Mort de récidive 8 mois après.

M. C..., Jean-Claude, négociant, 58 ans. Entre le 5 avril 1907, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour douleur à la miction et hématurie.

Antécédents : 0.

Début. — Il y a un an, par mictions un peu douloureuses : sensation de corps étranger passant par l'urètre. Au bout de quelque temps, urines teintées de sang, par intermittences, puis de plus en plus fréquemment. Depuis un mois, caillots et douleur plus vive à la miction. Pas de douleur lombaire. L'état général n'a pas faibli. Il y a un mois 1/2, douleur dans le flanc gauche, avec un vomissement.

Mictions. — Fréquence : toutes les heures et demie, nuit et jour. Douleur pendant la miction, non influencée par la marche, ni la voiture.

Urine. — Foncée ; hématique, acide, beaucoup d'albumine. Au microscope, beaucoup d'hématies, quelques globules blancs.

Nombreuses cellules ; la plupart irrégulières, losangiques.

Hématurie quotidienne depuis un mois.

Vessie. — Capacité : 80 à 120 grammes. Hématurie nettement terminale.

Cystoscopie. — On voit, à gauche, une masse fortement saillante dans la vessie.

Toucher. — Induration à gauche. Prostate non hypertrophiée.

Etat général. — Bon. Malade pâle et gras.

Cœur et poumons. — Normaux.

8 *avril* 1907. — Intervention par le Dr Rafin.

Taille hypogastrique. — Débridement du grand droit gauche. On voit sur la face latérale gauche une tumeur du volume d'un petit œuf; faible infiltration de la région rétro-vésicale.

Cystectomie partielle. — Décollement de la vessie; exérèse de dehors en dedans de la portion néoplasique; puis recoupe, la tranche de section étant au ras du néoplasme du côté de la muqueuse. Cette résection très étendue, respectant toutefois les uretères, ne laisse de la vessie qu'une bande large de 6 centimètres et longue de 10; le col et la prostate ont même été touchés, et la suture s'appuie partiellement sur le tissu prostatique. La vessie suturée admet juste la sonde de Pezzer et un petit drain hypogastrique, remplaçant le tube de Perrier-Guyon.

Mèche dans l'espace rétro-vésical et 4 pinces à demeure sur des veines profondément situées, qui saignent encore.

Suture de l'incision vésicale hypogastrique.

Suture de la paroi abdominale en 2 plans.

Examen de la tumeur (Dr Faysse) : Epithélioma atypique; nappes épithélialés diffuses, dans des alvéoles conjonctives, elles-mêmes infiltrées et très vascularisées.

20 *avril*. — Plaie en bon état. Urine toujours trouble.

28 *avril*. — Sonde à demeure enlevée depuis 2 jours; ne

souffre pas. Plaie en très bon état. L'urine passe en totalité par l'urètre. Part.

29 *novembre* 1907. — Récidive. Le médecin traitant décrit une énorme tumeur hypogastrique, du volume d'une tête d'adulte (?), rouge, portant 2 fistules. L'urine passe un peu par les fistules, surtout par l'urètre. Bon appétit. Ni sang, ni douleur. Mort quelques semaines après.

OBSERVATION XXIX.

Epithélioma vésical, à développement intrapariétal, ulcéré dans la zone uretérale droite. — Cystectomie partielle.— Réimplantation de l'uretère droit. — Infection. — Mort neuf mois après.

M. B... Jules, 67 ans. Entre à l'hôpital, en février 1905, pour hématuries.

Antécédents généraux : 0.

Antécédents urinaires. — Il y a sept ou huit ans, pissa de petits graviers mous, gras, très friables ; en revit depuis à intervalles irréguliers.

En avril 1903, blennorrhagie de courte durée.

En décembre 1903, rétention ayant nécessité trois sondages.

En novembre 1904, urines un peu sanglantes, et, depuis, de plus en plus, à la fin de la miction.

Mictions. — Fréquence : 3 à 4 le jour, 3 à 4 la nuit ; non influencées par la marche, ni la voiture. Indolores.

Urine sanglante. — Hématurie terminale.

Reins : 0.

Vessie. — Le palper combiné au toucher fait sentir, dans la zone latérale droite. une induration du volume d'un œuf.

Cystoscopie, — Ulcération arrondie, entourée de tissus saillants, irréguliers, dans la zone uretérale droite.

Etat général. — Bon, léger amaigrissement.

21 *février*. — Intervention par le Dr Rafin.

1° Taille hypogastrique. On voit dans la zone uretérale droite l'ulcération, de trois millimètres de diamètre, bourgeonnante, saignant facilement. Paroi vésicale épaisse et dure à ce niveau. Développement sans péritonéale.

2° Cystectomie partielle. Exérèse large, après décollement de la vessie de ce côté. Section de l'uretère repéré par une Kocher. Suture au catgut 0, imparfaite du côté de la prostate.

3° Uretéro-cysto-néostomie dans la ligne d'incision. Suture de la paroi vésicale en avant. Sonde de Pezzer. Suture de la paroi abdominale. Mèche.

Examen de la tumeur. — Poids : 25 gr.

1° Macroscopique. — Epaississement dur de deux centimètres de la paroi. Ulcération centrale, taillée à pic ; bord saillant. Méat uretéral situé au-dessus, non compris dans la tumeur ; non comprimé.

2° Miscoscopique. — Epithélioma malin typique (Dr Faÿsse).

23 *février*. — Le malade a de la fièvre. On remplace la mèche prévésicale par deux drains. Lavages.

25 *février*. — La température baisse. Va mieux. A uriné 100 gr. par le canal.

2 *mars*. — On remet le drain enlevé le 27 février, à cause d'une nouvelle ascension thermique. Il sort un peu de pus.

13 *mars*. — N'urine pas par la verge. Cicatrisation lente. On laisse un petit drain par lequel on fait des lavages. Température 38°.

25 *mars*. — Alternatives de fièvre et d'apyrexie. Le malade urine depuis hier par la verge ; drain enlevé le 18. Pas de sang. Bon état général.

30 *mars.* — Fièvre, urine par la plaie, sonde à demeure. Issue d'urine très purulente.

31 *mars.* — Apyrexie. Sonde fonctionne bien. Pas d'urine par la plaie. Reins : 0. Bon état général.

3 *avril.* — Ablation de la sonde avant-hier. Toute l'urine passe par le canal, assez purulente. Mictions toutes les 25 minutes.

7 *avril.* — Alternatives de fièvre et d'apyrexie, suivant qu'on enlève ou non la sonde. Œdème de la verge ; érythème du scrotum et des aines.

8 *avril.* — Fistule ouverte à nouveau ; l'urine y passe abondamment.

15 *avril.* — On a dû remettre la sonde à demeure, la fièvre étant réapparue.

Novembre 1905. — La fièvre est revenue à chaque tentative d'ablation de la sonde. Rein droit volumineux. Affaiblissement progressif. Mort.

OBSERVATION XXX.

Tumeur de la vessie, probablement cancéreuse, implantée au voisinage immédiat du méat uretéral gauche. — Cystectomie partielle. — Réimplantation de l'uretère gauche. — Mort 8 à 10 mois après, d'infection probablement rénale.

Mme B... Anne, religieuse, 47 ans. Entre le 6 mars 1906, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour cystite et hématurie.

Antécédents généraux. — Entérite chronique et paludisme (accès pendant 5 ans).

Antécédents urinaires. — Signes de cystite, de cause inconnue, remontant à 15 ans : urines troubles, fétides, pollakiurie douloureuse, douleur hypogastrique au repos.

Ces signes ont persisté depuis, avec une aggravation marquée depuis 4 ans.

Début. — Depuis 2 ans, aux signes de cystite se sont ajouté des hématuries, durant de 2 à 3 semaines, avec des intermittences de 8 à 10 jours. Les signes de cystite se sont un peu amendés. Expulsion de gros caillots, du volume d'un doigt, souvent précédée de douleurs hypogastriques violentes.

Mictions. — Fréquence égale jour et nuit : toutes les heures et demie. Douleurs : dans le canal pendant la miction, à l'hypogastre dans l'intervalle.

Urine. — Sanglante (hématurie totale), fétide, faiblement acide. Pas de microbes à l'examen direct, quelques staphylocoques en culture.

Vessie. — Pression hypogastrique très douloureuse.

La capacité vésicale n'est pas notée, pas plus que la raison pour laquelle la cystoscopie n'a pas été pratiquée.

Le toucher vaginal fait sentir la vessie préalablement vidée, comme une masse pleine, mieux sentie à gauche, simulant un fibrome utérin.

Reins.— Non accessibles. Palpation profonde impossible, à cause de la résistance provoquée par la douleur, surtout à gauche.

Etat général. — Passable. Depuis 15 jours, anorexie. Langue saburrale. Cœur normal. Poumons : respiration rude partout.

10 *mars* 1906. — Intervention par le Dr Rafin.

1° *Taille hypogastrique.* — Technique habituelle. Ecartement des lèvres de l'incision par la triple valve. On voit, à gauche, la tumeur du volume d'un œuf de poule, friable, tomenteuse, aisément détachable par la traction des doigts.

2° *Cystectomie partielle avec résection du méat uretéral gauche.* Après libération et décollement de la vessie du côté

de la tumeur, résection aux ciseaux de la paroi vésicale autour de la base d'implantation ; on n'a pas vu le méat uretéral. L'examen du fragment réséqué contient la portion intrapariétale de l'uretère gauche. On retrouve avec peine le bout uretéral supérieur sur la tranche de section, car il ne se produit pas d'éjaculations comme à droite.

3° *Uretéro-cysto-néostomie.*

(En pratiquant une recoupe, le vagin est ouvert sur quelques millimètres. Surjet en bourse).

Boutonnière dans la paroi vésicale en dehors de l'incision et suture du bout de l'uretère introduit par ce néo-orifice ; technique habituelle. Suture de la vessie au niveau de la résection.

Hémorragie rétro-pubienne ; hémostase pénible. Décollement très étendu du tissu cellulaire pelvien à gauche de la vessie. Drainage par des mèches et un gros drain. Péritoine intact. Drain vésical. Vessie abouchée à la peau.

Examen de la tumeur. — Poids : 22 gr. La pièce a été égarée et l'examen histologique n'a pu être fait. Son aspect macroscopique fait songer au cancer.

16 *mars.* — Ablation des drains et mèches. On place une sonde de Pezzer.

14 *avril.* — La muqueuse vésicale fait hernie à travers la plaie, dont on essaye de rapprocher les bords avec du leucoplaste, puis avec deux fils métalliques, sans résultat.

12 *mai.* — Suture de la vessie. — Incision circonférentielle de la paroi (comme pour l'exstrophie), décollement prudent de la vessie de part et d'autre. On déchire un peu la vessie à gauche ; suture.

Suture de l'incision vésicale. Perforation péritonéale ; fermeture hermétique.

Drainage du tissu cellulaire péri-vésical à la gaze iodoformée. Suture incomplète de la paroi en un seul plan.

20 *mai.* — La suture vésicale a dû céder en un point, car l'urine filtre à travers la plaie hypogastrique. Urine toujours très sale. On change la sonde tous les 3 ou 4 jours.

25 *mai.* — Ablation des fils de la paroi, où persiste une fistule.

6 *juin.*— Plaie très diminuée ; fistulette persistante, laissant de temps à autre couler un peu d'urine. Sonde à demeure. Exit.

26 *juillet.* — Plaie incomplètement fermée ; petite hernie de muqueuse vésicale, issue de l'urine par la plaie. Urine très sale. Accès de fièvre, dus sans doute à l'infection rénale.

Fin 1906. — On apprend la mort de la malade.

OBSERVATION XXXI.

Cancer vésical. — Taille hypogastrique. — Cystectomie partielle n'intéressant pas les uretères. — Récidive et mort un an après.

M. A..., ecclésiastique, 74 ans. Entre le 19 novembre 1899 à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématuries.

Antécédents généraux. — Bronchite suspecte dans l'adolescence. Jamais de signes nets de tuberculose. Paludisme en Algérie. Entérite chronique. Rien d'hépatique ni de rénal.

Antécédents urinaires : 0.

Début. — Il y a 8 jours par hématurie indolore, subite, modérée, mais persistante, sans cause appréciable.

Depuis 3 jours coliques gastro-intestinales violentes, sans fièvre, sans aucun caractère de coliques néphrétiques.

Mictions normales.

Urine. — Fortement hématiques, uniformément ; au microscope, sang pur. Quantité, 1.250 gr. en 24 heures.

Reins : 0.

Etat général. — Assez bon. Un peu d'amaigrissement. Pas de fièvre. Cœur et poumons normaux.

7 *décembre*. — Hématurie persistante, dernier verre un peu plus foncé. Le rein droit donne la sensation d'être un peu gros.

Vessie. — Pas de résidu. Milieu rapidement clarifié.

Cystoscopie. — Hypervascularisation. En haut et à droite un ou deux points douteux, de surface granuleuse, mais pas de tumeur nettement vue. Pas d'éjaculation sanglante par les méats uretéraux. En arrière de la prostate, petite tuméfaction peu saillante, sans villosité ni ulcération.

20 *janvier* 1900. — Intervention par le Dr Rafin.

Anesthésie à l'éther, sans incident.

Taille hypogastrique. — On voit à droite une tumeur ayant l'aspect d'une framboise. La muqueuse est, au-dessous d'elle, épaisse et tomenteuse.

Cystectomie partielle. — On décolle le péritoine du pôle supérieur et de la face latérale droite de la vessie. Résection sur une large étendue de toute l'épaisseur de la paroi, en allant de dedans en dehors. Thermocautérisation de la tranche de section. Suture au catgut fin, au fur et à mesure de l'exérèse et de la cautérisation. Suture de la paroi antérieure de la vessie. Tube de Perrier-Guyon. Suture de la paroi abdominale.

Examen histologique de la tumeur (M. Mérieux). — Epithélioma métatypique profondément infiltré.

28 *février*. — La plaie abdominale s'est réunie per primam, sauf au niveau de l'orifice laissé pour le tube (qu'on a enlevé le quatrième jour) ; à ce niveau, la cicatrisation est lente.

Il passe un peu d'urine par le canal depuis une huitaine de jours.

Etat général médiocre : poussées intermittentes de fièvre, dont on ne peut préciser la cause. Cependant bronchite nette après l'intervention.

5 *mars*. — On a fait des lavages boriqués. L'urine est à peu près limpide. Traces infimes d'albumine.

Mictions, toutes les heures. L'urine passe encore par la plaie, qui cicatrise avec une extrême lenteur ; il persiste une petite fistule, qui laisse couler très peu d'urine.

14 *avril*. — Urine un peu louche. Pas de résidu vésical. 2 mictions la nuit. Bon état général ; bon appétit.

25 *avril*. — Plaie complètement cicatrisée, indolore.

Mictions : Le jour et la nuit également, 3 à 4.

Urine. — Louche. Douleur légère dans l'hypocondre gauche. Quelques râles aux bases.

Bon état général ; malade plus gras. Exit.

28 *décembre*. — Mort. Récidive nette, depuis 1 mois et demi morphinomanie.

OBSERVATION XXXII.

Cancer vésical. — Cystectomie partielle avec réimplantation par boutonnière de l'uretère droit. — Récidive et mort un an et 8 mois après.

Mme G..., religieuse.

Intervention par le Dr Rafin, le 19 décembre 1908.

La tumeur siège dans la région uretérale droite. On resèque largement la paroi à ce niveau, de dehors en dedans, après décollement du péritoine. L'uretère droit sectionné est réimplanté par une boutonnière en dehors de la ligne de suture.

Examen histologique de la tumeur. — Epithélioma alvéolaire infiltré profondément, sous forme de boyaux épithéliaux, et fortement vascularisé.

Guérison opératoire.

Mort de récidive, le 15 août 1910.

Le texte original de cette observation a été égaré. Ce résumé est extrait des notes personnelles du Dr Rafin et consigné dans le rapport de Rovsing au Congrès International d'Urologie (Londres, 1911). Le résultat de l'examen histologique existait en double dans les archives du laboratoire de l'Hôpital Saint-Joseph.

3e série. — Cancers. Résection partielle de dedans en dehors.

OBSERVATION XXXIII.

Double tumeur maligne de la vessie, infiltrée. — Taille hypogastrique. — Résection partielle de dedans en dehors, n'intéressant pas les uretères. — Thermocautérisation de formations néoplasiques entourant le col. — Récidive et mort 4 ans 1/2 après.

M. T..., Léopold, cordonnier, 48 ans. Entre le 17 juillet 1903, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématurie.

Antécédents généraux. — Mère morte de cancer abdominal à 68 ans. Une sœur morte à 50 ans de tuberculose. Femme et enfants bien portants. Variole à 15 ans. Chancre (probablement induré) à 20 ans.

Antécédents urinaires : 0. N'a jamais été sondé.

Début. — Il y a 6 mois, brusquement, sans cause connue,

hématurie totale, plus marquée à la fin de la miction, réapparaissant depuis irrégulièrement tous les 3, 5, 8 jours. Non influencée par la voiture, semble l'avoir été par de longues marches. Ni douleur, ni pollakiurie. Aurait émis par l'urètre, il y a 8 jours, un débris ne ressemblant ni à un caillot, ni à un calcul.

Interruption fréquente du jet par des caillots.

Douleurs lombaires diffuses en dehors des périodes d'hématuries.

Mictions. — Fréquence : la nuit, 1 ; le jour, 6. Douleur : 0.

Urine. — 3 verres uniformément teintés de sang, troubles, réaction acide, non malodorante.

Vessie. — Cystoscopie : sur la face inférieure de la vessie, on voit une tumeur entourée de muqueuse saine, puis des fongosités néoplasiques tout autour du col.

Prostate, reins, testicules : 0.

Etat général. — Bon. Langue humide. Cœur et poumons normaux.

25 *juillet*. — Intervention par le Dr Rafin.

Compte-rendu par le chirurgien :

« Je me décide à intervenir, malgré que le cystoscope « m'ait montré des saillies néoplasiques tout autour du « col, parce que chez une malade, j'avais fait la même « constatation, et cependant la tumeur n'envahissait pas « le pourtour de l'orifice urétral, mais elle était très sail- « lante et entourait en quelque sorte tout le cystoscope. »

Taille hypogastrique, à l'ordinaire :

« Je trouve d'abord une tumeur sur la face postérieure, « un peu haut ; je la saisis à la base avec une pince de « Guyon, et je coupe la base peu à peu, en suturant à me- « sure au Repin fin.

« Au-dessous s'en trouve une autre, séparée de la pre-

« mière par une mince largeur de muqueuse ; même traite-
« ment ; mais cette tumeur se prolonge avec des masses
« fongueuses qui occupent tout le pourtour du col.

« L'ablation en est impossible. Je curette et cautérise au
« thermo.

« La suture a eu l'inconvénient de faire un pli, au-des-
« sous duquel se trouvait un cul-de-sac constitué par le
« trigone et difficilement explorable. »

Suture de la vessie au catgut. Tube de Perrier-Guyon. Sonde de Pezzer.

Examen histologique de la tumeur (M. Mérieux) : Epithélioma métatypique végétant à la surface et infiltré dans la profondeur.

20 *juillet*. — Ablation du tube.

15 *août*. — La sonde a été enlevée au bout de 12 jours. Depuis 24 heures, il n'est plus sorti d'urine par la plaie. Urine assez trouble.

16 *août*. — Exeat. Va bien. Depuis 2 jours, ne se mouille plus. Urines troubles, non sanglantes.

14 *février* 1904. — Etat très satisfaisant. Urine presque limpide. Traces d'albumine.

Mictions. — 2 la nuit, 4 à 5 le jour, parfois un peu douloureuses. Orchite droite depuis 8 jours, déjà diminuée.

Prostate. — Rien d'anormal.

25 *mai* 1905. — Hématurie : 0. Mictions, nombre variable : la nuit, 2 en moyenne, parfois 4 à 5 ; le jour, 4 à 5. Parfois un peu de douleur dans la verge et besoin d'uriner.

Urine louche, vaguement teintée de rouge ? Au microscope, nombreux globules blancs.

Prostate normale. — (Toucher peu appuyé, de peur d'une hématurie).

Vessie. — Capacité : a uriné plus de 300 grammes en une fois.

11 *octobre* 1906. — Hématurie nette depuis octobre 1905, d'après le malade, interrompue parfois pendant des semaines, surtout vespérale.

Urine aujourd'hui à peine teintée, d'odeur fade. Quelques douleurs dans le bout de la verge pendant et après la miction ; à l'anus également.

27 *novembre* 1906. — Hématuries et douleurs de plus en plus marquées. Obturation par des caillots. Il a fallu faire de l'aspiration il y a quelques jours ; elle a été suivie de sang pur. Urine rouge foncé, riche en caillots, non fétide. Mictions : 10 la nuit. Etat général assez bon, malgré la pâleur.

28 *mars* 1907. — Revient à l'Hôpital pour douleurs hypogastriques irradiées dans la verge et les jambes.

Pollakiurie très marquée.

Urine presque noire, fétide.

Dit avoir maigri un peu ; cependant bon embonpoint.

Pas d'affaiblissement. Crachats hémoptoïques depuis un mois 1/2. Cependant rien à l'auscultation.

La palpation fait sentir dans la fosse iliaque, à gauche, une masse dure, arrondie, douloureuse, du volume d'un œuf de poule, donnant l'impression de ganglions. A droite, empâtement, et douleur avec besoin d'uriner par la palpation.

Prostate uniformément grosse, très dure, assez douloureuse.

2 *octobre* 1907. — Garde le repos au lit. Ne saigne plus. Cachexie. Souffre moins. Mort.

OBSERVATION XXXIV.

Cancer vésical pédiculé. —Douleurs atroces imposant l'intervention. — Résection partielle de dedans en dehors, n'intéressant pas les uretères. — Récidive manifeste 17 mois après. — Mort 20 mois après. — Soulagement ayant persisté jusqu'à la mort.

Mlle C..., 45 ans. Entre le 19 février 1908 à l'Hôpital St-Joseph, pour cystite et hématurie.

Antécédents généraux. — Rougeole et scarlatine à l'adolescence, sans albuminurie. Angine suppurée à 18 ans. Pas d'autre suppuration.

Antécédents urinaires : 0, sauf émission au cours de l'affection actuelle, de concrétions de phosphates ammoniaco-magnésien. Depuis 2 ans, au moment des règles, parfois un peu de brûlure ou de picotements dans l'urètre, surtout si la malade résistait au besoin d'uriner.

Début. — En décembre 1907, mictions un peu plus fréquentes, indolores, puis douleurs lombaires, ayant l'allure d'un lumbago, courbature. pollakiurie surtout nocturne. A partir du 31 décembre, mictions douloureuses, avec cuisson vulvaire et anale. Urine trouble, fétide, sanglante (brunâtre). Urine souvent toutes les 1/2 heures. Amélioration rapide par des lavages nitratés à 1/200, mais sang pur après les lavages, qui sont continués depuis. Aggravation fin janvier 1908. Urines très fétides. En février, urines moins fétides à la suite d'instillation au gomenol et au protargol ; toujours alcalines.

Mictions. — Fréquence : 5 la nuit ; 10 à 12 le jour. Douleur : très violente ; indication formelle d'intervention.

Urine : très trouble, sanglante, fétide. Le dépôt contient un grand nombre de bactéries et de cristaux de phosphates

ammoniaco-magnésiens. Nombreux globules rouges, quelques globules blancs, placards d'épithélium pavimenteux.

Vessie. — Capacité : 60 gr. d'après la tolérance à l'injection, mais la malade urinait récemment 150 gr. à la fois. Cystoscopie, faite dans de mauvaises conditions d'examen, montre une tumeur saillante et ulcérée. Toucher : induration manifeste de la paroi vésicale.

Reins. — Rein gauche : 0 ; Rein droit accessible, non douloureux, non augmenté de volume.

22 *février* 1908. — Intervention par le docteur Rafin.

Taille hypogastrique. Technique habituelle. On voit, en haut et à gauche, une tumeur ayant l'aspect d'un gros champignon, sur la paroi postérieure qui est épaisse. Cette tumeur très friable, s'enlève par lambeaux.

Cystectomie partielle. — Section circulaire de 4 centimètres de diamètre circonscrivant la base du pédicule. Cette exérèse de la paroi n'est pas faite d'un seul coup, mais au fur et à mesure qu'on sectionne, on suture en arrière de l'incision, au catgut 0. L'exérèse a porté jusqu'à la couche jaune de Clado. L'inspection de la vessie ne montre alors plus rien de suspect, sauf un point que l'on cautérise au thermo. Suture de la vessie par des points séparés de Repin. Tube de Guyon-Perrier à l'extrémité supérieure de l'incision. Suture de la paroi abdominale au fil métallique. Sonde de Pezzer, par où l'on fait un lavage : le liquide ressort bien, rapidement clair, par le tube.

Examen histologique de la tumeur (Dr Faÿsse). — Au centre : prolifération épithéliale diffuse. A la périphérie, prolifération épithéliale dans d'épaisses alvéoles conjonctives. Donc carcinome. Le pédicule n'est pas infiltré d'éléments épithéliaux.

18 *mars*. — Fistule fermée depuis hier.

22 *mars*. — Va bien. Plaie bien cicatrisée. Urine très

améliorée, encore un peu trouble. Mictions espacées, indolores.

22 *mars* 1909. — Va très bien ; un peu pâle, mais dit reprendre des forces. Pas d'éventration. Urine limpide. Une miction la nuit.

26 *juillet* 1909. — Rentre à l'hôpital pour douleur à la miction, apparue subitement il y a 15 jours.

Urine trouble. — Température à 39°2 à cette époque, oscille actuellement entre 36° et 37°. Capacité : 60 gr. environ.

La palpation de l'abdomen fait sentir : 1°) au dessus du pubis, une masse ferme, mobile, du volume d'un œuf ; 2°) sous la paroi abdominale, une masse énorme, dépassant l'ombilic. La peau est rouge et amincie à ce niveau. Ouverture spontanée de cette masse, issue de pus, soulagement immédiat. Chute de la température (signalée plus haut). Il persiste sur la ligne médiane une plaie de 5 cent. de diamètre, d'où fait issue une masse ayant l'aspect d'un caillot.

3 *septembre*. — Affaiblissement progressif. Masse persistante, très volumineuse.

7 *octobre* 1909. - Aggravation progressive de la dyspepsie, de la cachexie, sans douleur vésicales ; urine abondante. Mort.

Série spéciale. — Cancers. Interventions palliatives.

OBSERVATION XXXV.

Epithélioma métatypique infiltré, sessile. — Taille. — Curettage palliatif. — Mort de broncho-pneumonie le huitième jour.

M. P... Jean, garde-champêtre, 57 ans. Entre le 3 janvier 1911, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématurie.

Antécédents : 0.

Début. — Il y a 15 mois, hématurie à deux reprises, sans douleur, 12 jours après un violent effort, suivi d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Depuis, hématuries irrégulières, de plus en plus fréquentes, jour et nuit.

Mictions. — Fréquence : la nuit, 2 ; le jour, 5 à 6 ; non influencée par la marche ou la voiture. Douleur ; parfois légère cuisson.

Urine. — Rouge foncé. Au microscope, sang pur ; cellules épithéliales de forme variée. Hématurie totale à la miction, non diminuée par le repos ; terminale, au lavage.

Vessie. — Toucher. Prostate normale ; mais au-dessus d'elle, on sent comme un globe du volume d'un œuf, dur, un peu mobile. Capacité : 300 gr.

Cystoscopie. — Sans résultat, prisme couvert par une masse qu'on ne peut voir.

Reins, prostate, testicules : 0.

Etat général. — A maigri un peu, est encore obèse. Se plaint d'une douleur dans la fosse sus épineuse droite. Auscult. : 0.

7 *janvier* 1911. — Intervention par le Dr Rafin.

Anesthésie à l'éther ; puis, le malade se congestionnant, au Bilroth.

Taille hypogastrique. — On sent au doigt, mieux qu'on ne la voit, une tumeur sessile, à base large de 6 centimètres environ, entourée d'une zone épaisse et dure, d'infiltration en dehors du méat uretéral gauche, allant de là jusqu'au col. On renonce à l'exérèse.

Curettage profond, jusqu'au muscle, et très étendu, ramenant des débris grisâtres, mous. Hémorragie assez abondante. On voit la base d'implantation complètement dénudée ; on la thermocautérise.

Trois fils de suture sur l'incision vésicale. Tube de Freyer. Mèche. Pansement.

Examen histologique de fragments de la tumeur (Dr Faysse) : Epithélioma atypique, boyaux et amas épithéliaux infiltrés jusque dans le muscle.

9 *janvier*. — Va bien. Ablation du tube.

15 *janvier*.— Bon appétit. Langue humide. Mais ascension constante de la température (ce soir 39°4). Réapparition du point douloureux dans la fosse sus-épineuse droite, signalé avant l'intervention. Toux insignifiante. L'auscultation révèle dans tout le thorax des râles de différents calibres. Crachats denses, homogènes, purulents, peu abondants. Broncho-pneumonie nette.

15 *janvier*. — Délire ; dyspnée progressive. Mort.

OBSERVATION XXXVI.

Multiples épithéliomas malins à forme papillaire, avec infiltration profonde. — Taille hypogastrique. — Curettage palliatif. — Récidive constatée 3 mois après.

M. P... Luc, employé, 49 ans. Entre le 6 janvier 1906, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématuries.

Antécédents : 0. Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents urinaires.

Début. — Il y a 19 ans, pisse une seule fois du sang pur. Il y a 9 ans, pendant un an, hématuries terminales rares et peu abondantes ; réapparition pendant 6 mois, il y a 5 ans, puis il y a 2 ans. A été sondé à cette époque. Ces hématuries étaient constituées par quelques gouttes de sang émises sans douleur après les mictions, la nuit seulement. Depuis 4 mois, ces hématuries sont plus fréquentes et s'accompagnent de douleurs urétrales et vésicales.

Mictions. — Le jour toutes les 2 heures ; la nuit, 5 à 6. Douleur : A la fin de la miction. Marche sans influence.

Urine. — Trouble. Albumine : présence nette. Au microscope, un peu de sang ; globules blancs en excès (1 pour 10 à 15 hématies). Hématuries terminales, peu abondantes.

Vessie. — Toucher. Rien à gauche ; à droite, la vessie semble remplie par une masse solide ; paroi non indurée.

Cystoscopie imparfaite à cause du sang : On voit la partie gauche d'aspect sain : à droite, masse au voisinage du col, et, en arrière, paroi irrégulière.

Prostate normale.

Reins. — Rein droit gros, accessible dans toute sa moitié inférieure. Le malade dit n'en avoir jamais souffert. Testicules normaux.

Etat général. — Bon, mais appétit médiocre. Rien au cœur. A la base droite, quelquels râles sous-crépitants.

13 *janvier* 1906. — Intervention par le Dr Rafin.

Anesthésie sans incident. Cystoscopie (cf. plus haut).

Taille hypogastrique. — Technique habituelle, avec section transversale des grands droits. Dès l'ouverture de la vessie, une masse tomenteuse, très saillante, fait issue au niveau de la lèvre droite de l'incision. Du volume d'une noisette, elle se détache d'elle-même presque en totalité. On recoupe la paroi vésicale à ce niveau dans toute son épaisseur, de façon à éliminer complètement cette première tumeur. Il existe, en effet, deux autres tumeurs saillantes, l'une sur la paroi latérale droite et l'autre sur la paroi postérieure. De plus, la paroi droite est rugueuse et irrégulière sur une grande étendue, avec quelques noyaux saillants. L'orifice uretéral droit apparaît sain.

Curettage profond de toutes ces saillies et de deux tumeurs, dont les bases sont particulièrement dures. Thermocautérisation de toute la surface suspecte.

Suture de la vessie. Tube de Guyon-Perrier.

Suture des grands droits, suture de la paroi. Mèche dans le Retzius. Pas de sonde.

Examen histologique des fragments de tumeur (Dr Faysse). — Epithélioma papillaire richement vascularisé avec infiltration sous-muqueuse abondante de boyaux et de nappes épithéliales.

17 *janvier*. — Va bien. Ablation du tube.

19 *janvier*. — Sonde à demeure.

31 *janvier*. — Va bien. Ablation de la sonde.

9 février. — Plaie presque fermée. Urine bien par l'urètre.

12 *mars*. — Urines troubles. 15 mictions la nuit. Bon état général.

14 *avril* 1906. — Récidive très prononcée. Par le palper, masse considérable englobant la vessie et les téguments ; saillie sus-pubienne. Ganglions inguinaux à droite. Mauvais état général.

OBSERVATION XXXVII.

Ancienne rupture traumatique de l'urètre. — Infection vésicale très ancienne. — Syphilis. — Cancroïde de la vessie. — Cystostomie et curettage palliatif. — Mort par cachexie deux mois après l'intervention.

M... Pierre, 60 ans, docteur en médecine. Entre à l'hôpital St-Joseph, le 23 novembre 1904, pour hématuries.

Antécédents héréditaires. — Rien de spécial.

Antécédents personnels généraux. — A 50 ans, ictus suivi d'une hémianesthésie droite, qui a duré un an. Amélioration rapide par KI.

Antécédents urinaires. — A l'âge de 10 ans, chute sur un tonneau défoncé. Choc périnéal, rupture de l'urètre et infiltration d'urine les jours suivants. Rétrécissement consécutif, ayant nécessité trois urétrotomies externes, la première immédiatement après, la deuxième à 26 ans, la troisième à 33 ans.

A 30 ans, chancre induré du gland. Accidents secondaires ayant disparu complètement deux ans après. Le malade a eu souvent des rétentions d'urine. On l'a sondé entre la première et la deuxième. Il s'est sondé lui-même depuis lors plus ou moins fréquemment.

Les urines sont devenues troubles en août 1904 ; quelquefois deux ou trois gouttes de sang après la miction.

Mictions. — Fréquence, nuit et jour toutes les deux heures. Douleur : quelquefois cuisson terminale.

Urine. — Très trouble, alcaline, maladorante. Hématurie : rarement quelques gouttes de sang à la fin de la miction.

Urètre. — Une boule n° 18 franchit dans la portion pénienne deux petits rétrécissements, puis un autre rétrécissement à l'entrée de la portion scrotale, et est arrêtée juste à la partie postérieure de cette portion. Une boule n° 14 franchit aisément ce troisième rétrécissement qui paraît diaphragmatique.

Périnée. — Est le siège d'une cicatrice longitudinale et d'une fistule cicatrisée, seulement un peu indurée, en arrière et à gauche du scrotum.

Vessie. — Capacité : 25 gr.

Prostate. — Très grosse, plate, à bords mal délimités.

Reins. — Mal accessibles. La région rénale gauche se laisse mal déprimer. Un peu de ballottement rénal de ce côté. Du reste le malade a souffert parfois de ce côté, il y a 25 ans surtout. Depuis, beaucoup moins.

Testicules, épididyme et cordon. — A droite, induration au niveau de l'épididyme. A gauche, rien.

Cœur. — Normal.

Poumons. — Normaux.

Traitement. — Instillations de nitrate d'argent à 5/100.

30 *novembre*. — Sonde à demeure. La température monte le soir à 38°,3.

1er *décembre.* — Exploration vésicale sous anesthésie. Le lithotriteur ne révèle rien. Pendant le lavage, il sort des débris suspects. Aussitôt cystoscopie, qui montre des végétations.

Opération. Dr Rafin. — « Taille hypogastrique. Je cons-
« tate une tumeur qui siège sur la paroi postérieure, la
« paroi latérale gauche, où elle se prolonge vers la face
« supérieure, — et sur la paroi latérale gauche de la pros-
« tate. Sur la paroi postérieure, elle présente un contour
« arrondi. La tumeur n'est nullement pédiculée. Ce sont
« des végétations que je curette avec difficulté, car la
« vessie est difficilement accessible (j'ai dû faire un petit
« débridement sur les muscles droits), et ses parois sont
« indurées. Thermocautérisation. Ce curettage est certai-
« nement très imparfait. Il s'écoule du pus, en abondance,
« du côté gauche de la base de la prostate. »

« Suture partielle de la vessie au Repin. Tube de Guyon-
« Perrier. »

« Suture de la paroi en points séparés de Repin. »

Le soir, la température est à 38°6, et tombe dès le lendemain.

Histologie de la tumeur (Mérieux). — Tubes et lobules d'épithélium pavimenteux très net, ordonnés en véritables globes épidermiques. Au centre, une ou plusieurs cellules plus ou moins dégénérées, à protoplasme gonflé et à noyau presque incolore. On peut trouver dans le stroma des foyers d'hémorragie interstitielle. Donc, *cancroïde* de la vessie.

5 *décembre.* — Bonnes suites opératoires. On enlève le tube de Perrier-Guyon.

27 *décembre.* — On enlève la sonde à demeure.

29 *décembre.* — Le malade n'urinant presque pas par la verge, on remet la sonde à demeure.

2 *janvier* 1905. — On enlève la sonde à demeure.

6 *janvier*. — La plaie est réduite à une fente étroite. Urine un peu par l'urètre. Plusieurs lavages par jour.

12 *janvier*. — La plaie hypogastrique est à peu près complètement fermée ; cependant il y passe constamment de l'urine pendant la journée. Quand on injecte du liquide par l'urètre, il sort aussitôt par la plaie. Capacité vésicale minime. Une sonde conique olivaire 15 passe à frottement dur. Au toucher rectal, on ne délimite pas la prostate qui se continue en haut avec un tissu induré, surtout à gauche. Il semble donc qu'il y ait intérêt à maintenir béante la fistule hypogastrique. On passe donc un béniqué à travers la fistule, à frottement.

La sonde donne à l'aller et au retour la sensation d'incrustation.

15 *janvier*. — Part. Etat général assez bon, mais l'urine est toujours très sale, chargée de débris.

31 *janvier*. — On revoit le malade qui maigrit et s'affaiblit lentement. Langue humide.

On fait des lavages par la fistule hypogastrique. Le liquide ressort, fétide, par l'urètre.

Reins. — Donnent les mêmes sensations qu'au premier examen. Dans les aines, petits ganglions peu importants. A la palpation hypogastrique, la vessie forme un ovoïde dur. Par le toucher rectal on ne distingue pas la séparation entre la vessie et la prostate, qui n'est nullement saillante. L'induration vésicale est d'ailleurs très ancienne.

Peut-être ganglions iliaques gauches.

27 *février*. — Mort. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXXVIII.

Néoplasme infiltré et ulcéré de la région prostatique de la vessie. — Taille. — Curettage et thermocautérisation. — Récidive et mort probablement 6 mois après.

M. P..., marchand ambulant, 58 ans. Vu le 11 juin 1895, pour la première fois, par le Dr Rafin, pour hématuries.

Antécédents généraux. — Mère et sœur mortes de cancer du sein. Ethylisme jusqu'à ces trois dernières années.

Antécédents urinaires. — Une blennorrhagie bénigne, Urine 2 à 3 fois la nuit depuis plusieurs années.

Début. — Depuis 6 mois pollakiurie douloureuse. Il y a 50 jours, hématurie abondande, avec des intermittences, pendant plusieurs jours. Réapparition 3 semaines après, pendant un jour et demi, puis à plusieurs reprises, sans cause apparente.

Mictions. — Fréquence extrême : 8 à 10 la nuit ; le jour tantôt toutes les demi-heures, tantôt tous les quarts d'heure; non influencée par la marche ou la voiture. Douleur : Cuisson dans le canal pendant la miction. Après la miction, douleur hypogastrique, pénienne et scrotale. Jet petit. Hématurie totale, mais plus marquée à la fin, surtout après sondage.

Urine. – En dehors des hématuries, limpide, sans filaments, pas de pus appréciable macroscopiquement. Rares globules blancs.

Urètre. — Normal.

Vessie. — Explorateur métallique : 0. Toucher rectal : 0. Résidu : 0.

Prostate normale.

Reins. — Douleurs lombaires vagues ; pas de coliques néphrétiques. Palpation : 0.

État général. — Assez bon. Depuis 3 ans, boit moins, a engraissé. Un peu d'athérome. Auscultation négative.

12 *juin.* — Urine non sanglante, traces d'albumine.

25 *juin.* — Pas de sang dans l'urine, parfois un caillot de la grosseur d'une tête d'épingle. Mais aujourd'hui hématurie et rétention par des caillots qui ne peuvent s'évacuer que par une sonde n° 25 et un lavage très abondant (7 litres).

11 *juillet.* — Hématurie intermittente ; un peu de pus dans l'urine.

18 *juillet.* — Intervention par le Dr Rafin.

Anesthésie à l'éther sans incident.

Taille hypogastrique. — Ballon de Petersen. Fils suspenseurs. Le doigt introduit dans la vessie sent, sur le bord gauche de la prostate, à quelques millimètres de l'orifice de l'urètre et sur la paroi vésicale, une tumeur de 4 à 5 centimètres de diamètre, ulcérée, dure, sans saillie nette, ne saignant pas. L'ablation paraît impossible.

Curettage. — Thermocautérisation. Suture vésicale. Tube de Perrier-Guyon. Sonde de Pezzer. Suture de la paroi, drain dans le Retzius.

Pas d'examen histologique de la tumeur; mais ses caractères macroscopiques éliminent l'hypothèse d'une tumeur bénigne.

25 *juillet.* — Pendant quelques jours urine un peu hématique. Trois lavages boriqués par 24 heures, un peu douloureux. Tube et sonde fonctionnent bien. Bon état général.

3 *août.* — Après l'ablation du tube, hématurie consécutive abondante. La vessie forme réservoir. On rouvre la plaie vésicale avec le doigt, et on décide de la laisser ouverte indéfiniment.

5 *août.* — L'hématurie a cessé depuis la réouverture de la vessie. L'urine passe par la plaie. Lavages et pansements fréquents.

18 *Septembre.* — L'urine passe toujours par la plaie, avec des caillots, mais urine non sanglante. Douleurs très vives. Morphine.

26 *septembre.* — Part.

Mars. — Mort.

OBSERVATION XXXIX.

Papillome malin, infiltré, sessile. — Taille hypogastrique. — Curettage. — Thermocautérisation. — Fistule hypogastrique. — Mort 2 ans après.

M. de C..., 62 ans. Vu pour la première fois le 12 novembre 1907, par le Dr Rafin, pour hématurie.

Antécédents généraux. — Rhumatisme et goutte.

Antécédents urinaires. — Quelques graviers il y a 10 ans; dépôt rouge (urates ?) fréquent dans les urines. Blennorrhagie à 22 ans.

Début. — Il y a 5 mois, le Dr S..., appelé pour une crise rhumatismale, trouve du sang dans l'urine. Sondé par un spécialiste lyonnais, le malade émet par la sonde de petits graviers. Séjour à Vichy ; hématurie légère, renouvelée très irrégulièrement depuis, plus abondante depuis 2 mois, augmentée par la voiture.

Mictions. — Fréquence : 3 à 4 la nuit, toutes les 1 ou 2 heures le jour, nettement accrue par la voiture. Douleur vive au gland et à l'anus pendant la miction.

Urine. — Rougeâtre, surtout le dernier verre, acide, un peu fade.

Vessie. — Capacité : 130 gr.

Cystoscopie. — Impossible à cause du sang. Elimine l'hypothèse de calcul. Amène du sang et un fragment organique.

Toucher. — Pas d'induration.

Prostate normale.

Etat général. — Bon.

16 *novembre*. — Deuxième cystoscopie. Masse diffuse, dont on voit mal les dimensions et les caractères. Deuxième toucher (sous anesthésie), peut-être un peu d'induration à droite.

19 *novembre*. — Intervention par le Dr Rafin.

Taille hypogastrique. — Sur le bas-fond, à droite, on voit une masse fongueuse, irrégulière, saignante, étalée autour du col, non pédiculée. La pince et la curette en ramènent quelques débris.

Curettage et thermocautérisation, imparfaits.

Suture de la vessie. Tube de Guyon-Perrier. Sonde de Pezzer. Suture de la paroi.

Examen histologique d'un fragment de la tumeur éliminé dans l'urine. A la surface, aspect de papillome. Profondément infiltration épithéliale diffuse. Donc carcinome (Dr Faÿsse).

20 *novembre*. — Va bien. Urine sanglante. Sonde et tube fonctionnent bien.

21 *novembre*. — Urine non sanglante. Le tube fonctionne mal ; on l'enlève. Plaie non enflammée, mais un peu sphacélée.

10 *décembre*. — Va bien. Exeat.

15 *décembre*. — Ne souffre plus ; il persite une fistule, qui tendrait à se fermer. On la maintiendra perméable.

30 *décembre*. — Le médecin traitant donne de bonnes nouvelles. Mictions de 50 à 100 gr. Urine trouble, non hématique macroscopiquement. Fistule très étroite. Pas de fièvre. Bon appétit.

28 *avril* 1908. — Il y a eu en février des douleurs à la miction, actuellement très diminuées. Mictions : 150 grammes environ d'urine assez claire, non sanglante ; pas de débris.

Excellent état général. Le malade veut reprendre ses occupations.

28 *novembre* 1909. — Mort.

OBSERVATION XL.

Leucoplasie vésicale. — Taille. — Curettage. — Mort de cachexie 3 ans après.

M. G..., François, employé de chemin de fer, 49 ans. Entre le 25 janvier 1905, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour pollakiurie et hématuries.

Antécédents généraux : 0. Pas de blennorrhagie. Femme bien portante, ni enfant, ni fausse-couche.

Antécédents urinaires. — A été sondé plusieurs fois, au cours de l'affection actuelle.

Début. — Depuis 4 ans, pollakiurie ; au début, urine claire, non sanglante, pendant un an.

Amélioration, sans traitement local, pendant 2 ans. — Depuis l'année dernière, mictions plus fréquentes, hématuries terminales. Sable dans les urines il y a quelques mois. Dysurie ; interruption fréquente du jet.

Mictions. — Toutes les heures, jour et nuit ; quelquefois moins fréquentes le jour. Douleur terminale.

Urines louches, alcalines, sanglantes. Hématurie terminale, exagérée par l'exercice.

Uretère, prostate, reins, testicules normaux.

Vessie. — Cystoscopie : ni calculs, ni graviers ; la muqueuse semble recouverte de plaques.

Etat général. — Très bon.

26 *janvier*. — Intervention par le Dr Rafin.

Anesthésie au Bilroth sans incident.

Taille hypogastrique. — Le lavage a expulsé de nom-

breux débris. Désinsertion inférieure des grands droits. Incision et suspension de la vessie. Nombreuses plaques blanches d'aspect leucoplasique typique, sur toute la muqueuse, en particulier sur le bas-fond et la paroi postérieure. Ni graviers, ni calculs. Une petite érosion noire, indice de suintement sanguin sur la paroi latérale droite.

Curettage enlevant la plus grande partie de la muqueuse. Ablation totale des plaques leucoplasiques. Thermocautérisation. Suture totale de la vessie. Sonde de Pezzer. Suture des grands droits. Suture incomplète de la peau. Drain et mèche à l'extrémité inférieure de la suture.

Examen histologique. — Leucoplasie typique.

28 *janvier*. — Va bien. Langue un peu sèche. Plaie en bon état. La sonde s'est bouchée à deux reprises (filaments sanguins). Ablation de la mèche, qui n'a aucune odeur urineuse. Urine ambrée, dépolie, non malodorante. Ablation de la sonde, non tachée de sang. Une heure après, miction de 40 grammes d'urine sanglante, alcaline, sans odeur.

1er *février*. — Légère suppuration à droite, venue du muscle grand droit. Urine alcaline.

7 *février*. — Urine moins sanglante, sans odeur. Un lavage montre que la suture vésicale tient bien et amène un peu de sang.

14 *février*. — Petite fistule, un peu de pus au niveau de la plaie. Instillations au nitrate Ag à 1/200.

18 *février*. — La plaie suinte très légèrement. Urine neutre, louche. Malade part.

23 *février*. — Mictions : toutes les heures la nuit, toutes les heures et demie le jour. Capacité : 80 grammes. Urine louche, un peu alcaline, sans odeur.

4 *mars*. — Instillations. Urine trouble. 4 mictions la nuit.

16 *mai*. — Urines de moins en moins troubles. Bon état général.

27 *juillet.* — Capacité : à la sonde, 50 grammes. Le malade affirme uriner 150 grammes à la fois, urine encore trouble, alcaline, sans odeur.

30 *novembre.* — Urine modérément trouble, sans odeur, légèrement alcaline. Capacité : à la sonde, 40 grammes. Mictions indolores. Bon état général.

1er *mars* 1908. — Troubles digestifs ; amaigrissement extrême. Urine peu trouble. Mictions très fréquentes. A eu, la semaine dernière, une hémorragie vésicale unique. Mort.

Nota. — Bien que cette observation ne soit pas celle d'une tumeur proprement dite, nous avons cru pouvoir rapprocher ce cas de leucoplasie des néoplasmes épithéliaux, à la suite d'Albarran (Traité des Tumeurs, *loc. cit.)* et de beaucoup d'auteurs.

OBSERVATION XLI.

Tumeurs multiples de la vessie. — Signes de cystite. — Taille hypogastrique. — Exérèse palliative. — Carcinome. — L'amélioration générale et locale persiste, très marquée.

M. M..., 35 ans. Vu pour la première fois, le 11 avril 1911, par le Dr Rafin, pour cystite avec hématuries.

Antécédents : 0.

Début. — Juillet 1909, envies plus fréquentes d'uriner, 3 à 4 fois la nuit ; 3 fois le jour. Depuis quelque temps, malaises généraux. En janvier 1910, première hématurie, totale, et pollakiurie plus marquée. Sondé le 26 avril 1910, à Genève. Le surlendemain, hématurie plus abondante, frisson, fièvre. Doit s'aliter 5 semaines. Son médecin lui fit alors des lavages au collargol, sans sonde, jusqu'en décembre 1910. On les reprend un mois après ; hématuries plus

fortes, qui font interrompre ces lavages. En février 1911, vive douleur dans le rein gauche, irradiée dans la vessie, pas vers les testicules ni le gland. Sans vomissement ; constituée par une sensation de piqûre d'aiguilles, elle apparaît chaque jour.

Mictions. — Fréquence : la nuit, 8 à 10 ; le jour, toutes les heures. Le voyage en chemin de fer a augmenté les envies d'uriner. Douleur : très vive, à la fin de la miction, dans le canal et la région lombaire gauche.

Urine. — Modérément trouble, sans odeur. Le microscope y montre des globules blancs, de rares hématies et de nombreuses cellules en raquettes. Nombreux staphylocoques et quelques gonocoques ?

Vessie. — Capacité : 90 gr., descend à 60 gr. au cours du lavage. Le malade, anesthésié, manifeste dès l'injection de 100 gr. d'eau bouillie dans la vessie. Au toucher combiné au palper, peut-être un peu d'induration à droite.

13 *avril* 1911. — Devant les signes de cystite, on songe à de la tuberculose, malgré une inoculation négative.

La cystoscopie montre une muqueuse œdématiée dans sa totalité, granuleuse, avec des inégalités de surface qui font songer au néoplasme ; enduit blanc, asssez adhérent ; les orifices uretéraux ne sont bien vus ni l'un ni l'autre.

Reins non perceptibles. Pression sur la région lombaire gauche un peu douloureuse.

Testicules : 0.

7 *juin*. — Mictions plus fréquentes. La nuit, le malade garde l'urinal, car il urine sans s'en apercevoir. Douleur constante, avec exacerbations. Sang à chaque miction. Ne peut rester une heure sans uriner.

L'état général a fléchi ; l'appétit reste satisfaisant. Urine trouble, légérement alcaline, chargée de petits débris en grains de semoule.

15 *juin*. — On fait des instillations de nitrate d'argent à 1/100, sans résultat.

5 *juillet*. — Le malade, qui se lève, urine toutes les heures. A la fin de la miction, ténesme violent avec expulsion de débris et de sang. Quand il est couché, les mictions sont plus fréquentes, de toutes les 5 minutes à tous les 3/4 d'heure, avec expulsion moindre de débris.

8 *juillet*. — Intervention par le Dr Rafin.

Anesthésie au Bilroth sans incidents.

Taille hypogastrique. — Exérèse palliative de tumeurs plus ou moins pédiculées, grosses comme de petites noix, dont est bourrée la vessie. On les enlève avec la main. Hémorragie abondante. Tamponnement momentané. Thermocautérisation. Mèches dans la vessie. 2 points de suture.

Examen histologique des tumeurs (Dr Faÿsse). — Néoproductions épiphéliales incluses dans des alvéoles musculaires ; par endroits, nappes diffuses. Donc carcinome.

10 *juillet*. — Ablation des mèches. On laisse la plaie ouverte.

22 *août*. — Prostate normale au toucher ; plus haut la vessie forme un plan résistant, moins accessible à droite. On met une Pezzer. Part quelques jours après.

21 *octobre* 1911. — Ecrit qu'il va beaucoup mieux. Urines encore un peu sanglantes, après les lavages, et purulentes.

Mictions. — Souvent impérieuses ; si le malade résiste, douleur fréquente.

Etat général. — Très amélioré ; a engraissé de 8 kgs. en 3 mois.

4 *novembre* 1911. — Le soulagement persiste, considérable. Sonde à demeure bouchée le jour ; le malade doit la déboucher toutes les heures. La nuit il la la laisse débouchée.

Urine tantôt claire, tantôt sanguinolente, non fétide, au dire du malade. Le toucher rectal donne seulement une sensation d'induration modérée à droite.

OBSERVATION XLII.

Tumeur de la vessie, avec plaques d'infiltration. — Cancer. — Taille. — Thermocautérisation palliative.

M. S..., Emile, 43 ans, cantonnier. Vu pour la première fois, le 8 juin 1911, par le Dr Rafin, pour hématurie.

Antécédents. — Rhumatisme. Pas d'antécédents urinaires.

Début. — Il y a deux ans, par une douleur « dans le bas des reins », à gauche, le faisant marcher « tordu », presque ininterrompue, plus sensible par la fatigue. Hématurie, il y a un mois, pendant un jour ou deux. Urine du sang de temps à autre depuis. Hématurie sans cause apparente, sauf influence de la fatigue ; surtout terminale. Pollakiurie depuis 6 mois.

Mictions. — Fréquence : la nuit, 3 à 4 ; le jour, toutes les heures ou toutes les deux heures. Douleur : seulement s'il y a des caillots.

Urine. — Deux verres uniformément troubles et hématiques. Au microscope : culot abondant ; très nombreuses hématies. Globules blancs en quantité modérée. Nombreuses cellules épithéliales de forme variée, les unes rondes, granuleuses, les autres en raquettes.

Vessie. — Capacité : 150 grammes ? Le toucher, combiné au palper, ne fait pas sentir d'induration.

Cystoscopie (14 juin). — Dans la région du trigone, plutôt à droite, on voit une masse, arrondie du côté droit, plutôt villeuse du côté gauche. A gauche, démarcation visible entre la vessie et la prostate, ce qui n'existe pas à droite.

Prostate normale.

Reins : 0. — Testicules : 0.

Etat général. — A maigri de 4 à 5 kgs. Un peu pâle.

15 *juin.* — On sent par le toucher rectal, en haut et à droite de la prostate, une petite bosselure, comme une gobille, roulant sous le doigt.

20 juin. — Intervention par le Dr Rafin.

Anesthésie à l'éther, sans incident.

Taille hypogastrique. — Thermocautérisation palliative.

Incision médiane sus-pubienne de la paroi sur 10 centimètres.

Incision de la vessie, remplie de nitrate sur 6-7 centimètr. Suspension par des fils de catgut.

On aperçoit alors une masse bourgeonnante, située un peu à droite, relativement mobile. Mais en arrière d'elle on sent la paroi vésicale indurée, ligneuse (infiltration néoplasique probable). De plus, en haut et à droite, on voit un bourgeon pédiculé, véritable greffe cancéreuse.

Par endroits, plaques suspectes, — d'après leur aspect de plaies cautérisées au crayon de nitrate, — d'être des greffes plus ou moins ulcérées, blanchies par le nitrate injecté.

Mais ce qui attire le plus l'attention, c'est une petite végétation sur le col, à gauche de l'orifice urétral.

Un examen attentif en décèle la nature néoplasique.

On décide de ne pas tenter l'ablation et de cautériser au thermo. Pezzer dans l'urètre.

Suture de la vessie (non compris la muqueuse) en deux plans au Repin n° 0. Tube de Perrier-Guyon. Pansement.

Examen histologique de fragments de tumeur. — Tumeur d'origine glandulaire. Prolafération importante en boyaux pleins ou en nappes, de cellules épithéliales, surtout autour des vaisseaux. Dissociation des éléments de la paroi vésicale par ces néoproductions. Donc, épithélioma atypique (Dr Faysse).

21 juin. — Le lendemain de l'opération, il ne sort rien par le tube de Perrier. Lavages.

3 juillet. — On fait le dernier lavage. Pas de fièvre.

5 juillet. — On enlève la sonde. Le malade quitte l'hôpital fin juillet. Va bien.

Septembre 1911. — Malade revu : urine sanglante ; depuis trois semaines, fétide.

Mictions : 6 à 7 la nuit ; toutes les heures le jour. Douleur : très faible, sauf s'il y a des caillots.

Etat général. — Assez bon.

19 octobre. — Urine trouble, purulente, fétide, sanglante.

Mictions : 6 à 7 la nuit ; le jour, presque toutes les demi-heures, non douloureuses.

Eventration assez marquée au niveau de la cicatrice.

Toucher : prostate normale, mais au-dessus, surtout à droite, induration très avancée. En somme, récidive évidente.

L'état général reste satisfaisant.

Observations de malades non opérés.

OBSERVATION I a.

Tumeur vésicale probable. — Pollakiurie. — Hématuries. Mort 4 mois après la première hématurie.

D... Jean-Marie, 68 ans. Entre le 28 février 1891, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématuries.

Antécédents : 0. Deux mictions la nuit depuis 15 ans. Dysurie et pollakiurie depuis 8 mois. Première hématurie, il y a 3 mois 1/2, subite, indolore, renouvelée depuis fréquemment. Hématurie totale, capricieuse.

Pollakiurie extrême, douloureuse par intermittence.

Urines troubles, un peu de sang à la fin.

Prostate énorme, plate, non bosselée, très dure.

Etat général. — Très mauvais, contrindique toute exploration. Traitement palliatif.

Mort le 5 mars. — Moins de 4 mois après la première hématurie.

Autopsie refusée.

OBSERVATION II a.

Enorme tumeur vésicale. — Incision exploratrice. — Abstention. — Mort 6 mois après les premiers symptômes.

J... André, 63 ans, tailleur. Vu le 9 octobre 1891, par le Dr Rafin, pour hématurie.

Antécédents. — Chaudepisse à 24 ans, sans cystite.

Début. — Il y a 4 mois : urines troubles, pollakiurie douloureuse, plus marquée depuis un mois, avec hématurie.

Mictions. — Toutes les demi-heures la nuit, tous les trois quarts d'heure le jour. Douleur terminale.

Urine. — Rouge. Résidu : 20 grammes, fortement sanglant. Hématurie très abondante depuis 8 jours : caillots.

Toucher combiné au palper : Enorme tumeur vésicale du volume d'un poing. Prostate grosse et dure, surtout à gauche.

Epididyme G. — Légère induration.

Etat général. — Anémie et dyspepsie marquées.

15 *octobre* 1891. — Incision exploratrice de la paroi ; on voit une énorme tumeur sur la vessie ; on s'en tient là. Cicatrisation rapide. Cachexie progressive. Hématuries.

23 février. — Mort. *Autopsie.* Vessie : gros ovoïde très dur (long. : 12 centimètres). Cancer avec infiltration totale, faisant sur la paroi postérieure une saillie intracavitaire du volume d'une noix.

OBSERVATION III a.

Tumeurs vésicales multiples. — Hématuries. — Mort 2 ans après la première hématurie.

Vve M..., 55 ans tisseuse. Vue le 28 mars, par le Dr Rafin, pour hématurie.

Antécédents : 0.

Début. — Il y a 1 an : hématurie indolore, renouvelée depuis fréquemment, capricieuse, modérée, surtout terminale.

Mictions. — Pollakiurie variable, parfois extrême. Douleur : depuis 3 mois, intermittente, terminale.

Etat général. — Passable, anémie marquée. Reins : perçus l'un et l'autre.

Cystoscopie. — A gauche, série de tuméfactions mamelonnées.

Avril 1893. — Mort. Depuis quelques semaines, urines infectes, très sanglantes. Douleurs vésicales atroces.

OBSERVATION IV a.

Tumeur vésicale probable. — Hématuries. — Anémie. Mort 2 ans après la première hématurie.

C..., mécanicien, 62 ans. Vu pour la première fois par le Dr Rafin, le 14 août 1894.

Antécédents. — Nuls.

Début. — Il y a 2 ans, par hématuries subites, indolores, peu abondantes pendant 8 semaines. Cessation sans traitement. Réapparition il y a 3 mois. Rétention complète d'une heure par un caillot, il y a 3 semaines. N'a jamais été sondé.

Mictions. — La nuit 5 à 6. Le jour 10 à 12. Douleur : démangeaison faible à la racine de la verge. Hématurie : nulle au premier examen.

Urines. — Sanguinolentes ; au fond détritus fétides.

Prostate un peu grosse.

Rein droit est le siège d'une douleur sourde, faiblement irradiée dans le testicule droit.

Etat général. — Médiocre : anémie, anorexie. Langue humide.

Mort 15 jours après. 2 ans après la première hématurie.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION V a.

Tumeurs vésicales multiples. — Pollakiurie douloureuse. — Hématuries. — Mort 2 ans 1/2 après les premiers symptômes.

P... Pierre, 58 ans, fleuriste. Entre le 8 octobre 1900, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématurie et faiblesse.

Antécédents : 0.

Début. — Depuis 15 mois, pollakiurie modérément douloureuse. Urine louche. Hématurie depuis 7 mois. Anémie.

Mictions. — Toutes les 3 heures. Hématurie habituelle, totale. Douleur prémictionnelle de tension vésicale : premier jet brusque.

Urine. — Alcaline, trouble, uniformément sanglante.

Etat général. — Médiocre ; anémie et faiblesse marquées.

Prostate volumineuse.

Décembre 1901. — Cystoscopie. Vessie à colonnes. Mucosités voilant des élevures papillaires au niveau du col et du trigone.

Janvier 1902. — Hématurie, infection et cachexie progressives. Mort.

Autopsie. — Plusieurs élevures néoplasiques du bas-fond. Congestion viscèrale généralisée. Pyélonéphrite ancienne.

OBSERVATION VI a.

Tumeur vésicale ulcérée. — Hématurie, infection. — Mort 16 mois après la première hématurie.

Mme de V..., sans profession, 72 ans. Vue pour la première fois le 1er octobre 1902, par le Dr Rafin.

Antécédents : 0.

Début. — Il y a 9 mois, par une hématurie unique, indo-

lore, au lever, réapparue irrégulièrement. Incessante depuis 15 jours ; urine sale, plâtras.

Pollakiurie douloureuse.

Urine fétide (nombreux b. coli), sanglante.

Vessie. — Capacité : 40 gr.

Cystoscopie. — Au pôle supérieur, tumeur plate, grisâtre, ulcérée, comme une pièce de 5 francs.

Etat général. — Assez bon.

Traitement palliatif avec résultats satisfaisants.

Avril 1903. — Morte chez elle. Pas d'autopsie.

OBSERVATION VII a.

Tumeur vésicale infiltrée probable. — Hématurie, pollakiurie, douleurs. — Urines sales et fétides. — Mort 2 ans 1/2 après le début.

M. V... Louis, 68 ans. Vu pour la première fois le 1er juillet 1903, par le Dr Rafin.

Antécédents : 0.

Début. – Il y a 20 mois par hématurie, qui a persisté depuis, terminale, indolore, d'abondance modérée, puis pollakiurie.

Mictions. — Toutes les demi-heures jour et nuit, non influencées par marche ou chemin de fer. Douleur : cuisson à la verge et à l'hypogastre.

Urine sanglante, fétide.

Vessie. — Capacité : 50 gr., semble indurée à droite.

Reins, uretère, Prostate, Testicules : 0.

Etat général. — A maigri un peu.

Mort en décembre 1903. — Pas d'autopsie.

OBSERVATION VIII a.

Tumeur vésicale. — Vieille pyélonéphrite, surtout droite. — Hématuries. — Mort 21 ans après la première hématurie.

M. E..., receveur-buraliste, 51 ans. Vu pour la première fois le 5 avril 1905, par le Dr Rafin.

Antécédents. — Deux blennorrhagies vers 20 ans.

Début. — Il y a 20 ans, par hématurie avec douleur lombaire droite pendant 15 jours. Depuis, hématuries très espacées, irrégulièrement. A uriné des caillots à trois reprises depuis trois semaines. La douleur lombaire qui accompagne l'hématurie, s'irradie depuis 15 jours à la vessie et au canal.

Mictions. — La nuit, 3-4 ; le jour, 6-7, non influencées par marche ou voiture. Douleur terminale.

Urine. — Purulente, alcaline, très abondante (3 litres à 3 litres 1/2).

Cystoscopie. — Grosse masse blanche, comme une petite noix, à surface villeuse, à base large.

Cathétérisme uretéral. — Urine purulente des deux côtés, surtout à droite.

1906. — On apprend la mort par urémie du malade.

OBSERVATION IX a.

Tumeur vésicale probable. — Hématuries et pollakiurie. — Mort 14 mois après le début.

M. B..., Bernard, 69 ans. Vu pour la première fois par le Dr Rafin, le 17 avril 1905.

Antécédents. — Chaudepisse à 25 ans.

Début. — En septembre 1904, hématurie intermittente,

surtout terminale. Pollakiurie depuis 2 mois, très marquée. Douleur vive. Hématurie terminale.

Urine. — Fétide, alcaline.

Vessie. — Induration constatée par le toucher combiné au palper hypogastrique ; on ne peut affirmer péricystite ou néoplasme.

Rein gauche. — Un peu sensible.

Etat général. — Mauvais, aspect cachectique, frisson. Œdème de la jambe gauche.

Mort en décembre 1905 de cachexie, 14 mois après le début.

OBSERVATION X a.

Tumeur vésicale. — Pollakiurie. — Douleurs atroces. — Urines infectées avant tout sondage. — Hématuries rares. — Mort 6 mois après le début.

M. M..., Benoît, cultivateur, 49 ans. Entre à l'Hôpital Saint-Joseph, le 30 juin 1905, pour pollakiurie.

Antécédents. — Une blennorrhagie, non compliquée, à 24 ans.

Début. — Depuis 5 mois, pollakiurie et dysurie. Depuis 2 mois, rétention incomplète après les écarts de régime et légère hématurie terminale. Deux ou trois fois, interruption brusque du jet avec douleurs violentes. N'a jamais été sondé, cependant urines troubles.

Mictions. — Fréquence, 8-10 le jour ; 5-6 la nuit. Douleur avant, pendant, après.

Urines. — Troubles, avec gros dépôt, alcalines, malodorantes. Hématurie : trois fois très marquée, totale. Sang plus pur à la fin de la miction.

Urètre. — Un explorateur à boule n° 16 est arrêté à la région bulbaire.

Vessie. — Perçue à deux doigts au-dessus de l'ombilic. Exploration au cathéter métallique négative.

Prostate. — Petite, plate.

Uretères : 0.

Testicules. — Petit noyau induré de l'épididyme gauche.

Etat général. — Médiocre : amaigrissement, emphysème. Douleurs atroces. Pollakiurie extrême. Cachexie.

Mort le 10 août. Six mois après les premiers signes de pseudo-cystite.

Autopsie. — Vessie : épaisse, dure, rétractée (30 grammes de capacité), scléreuse. Tumeur végétante comme une petite noix à la partie antéro-supérieure et ulcérations végétantes des méats uretéraux. Pyélonéphrite avec pus abondant des deux côtés. Symphyse pleurale totale à droite.

OBSERVATION XI a.

Tumeur vésico-prostatique. — Hématurie, douleur, pollakiurie. — Passé urétral très chargé. — Mort en quelques mois.

C..., 61 ans. Vu pour la première fois par le docteur Rafin, le 16 juillet 1906, pour hématurie.

Antécédents. — Rhumatisme. Histoire compliquée de rétrécissements blennorrhagiques avec urétrotomies multiples.

Début. — Il y a quelques mois, par des douleurs dans la station assise. Depuis 3 semaines ne peut plus se sonder, comme il le faisait habituellement ; hématuries.

Mictions : La nuit, 7 à 8 ; le jour, 6 à 7. Douleur : cuisson pendant et après la miction.

Urine. — Fétide, non hématique.

Urètre. — Une bougie 10 va dans la vessie, mais une sonde conique olivaire et une béquille n° 8 s'arrêtent au bec de la prostate.

Prostate. — Peu hypertrophiée, mais très irrégulière et dure.

Vésicules. — Formant deux saillies dures.

Etat général. — Fort amaigrissement. Anorexie.

14 *août.* — Cystoscopie. Tumeur vésico-prostatique inopérable.

16 *novembre* 1906. — Cachexie. Mort. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XII a.

Tumeur vésicale. — Signes de pseudo-cystite. — Hématuries microscopiques pendant 4 ans, puis abondantes. — Mort 5 ans après les premiers signes.

M. M..., Bruno, 62 ans. Vu pour la première fois le 11 novembre 1906, par le Dr Rafin, pour « cystite ».

Antécédents. — Blennorrhagie dans la jeunesse.

Début. — Il y a 3 ou 4 ans par pollakiurie douloureuse. Depuis, cinq à six crises de ce genre, pendant huit jours chaque fois. La dernière crise remonte à huit jours.

Mictions. — Depuis 8 jours, toutes les demi-heures. Fréquence influencée par marche et voiture, en dehors même des crises. Douleur légère au gland et à l'anus.

Urine. — Un peu louche (quelques staphylocoques). Albumine. Quelques hématies.

Vessie. — De capacité normale.

Cystoscopie. — Pas de calcul. Prostate saillante, saillie framboisée, suspecte de néoplasme, sur le pôle supérieur.

Etat général. — Bon.

17 janvier. — Hématurie de plus en plus manifeste.
Novembre. — Souffre de plus en plus.
Janvier 1908. — Mort.

OBSERVATION XIII a.

Tumeur vésicale d'aspect cancroïdal. — Début par pollakiurie douloureuse, puis hématurie. — Mort un an après le début.

M. B... Joseph, cultivateur, 54 ans. Entre le 21 août 1907, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour hématuries.

Antécédents. — Père mort d'une tumeur à la jambe. Blennorrhagie bénigne à 34 ans. Sondé il y a 15 jours.

Début.— En avril 1907, par douleur à la miction et légère pollakiurie diurne. Hématuries depuis 2 mois, à 4 reprises, non influencées par la marche ou la voiture. Jet quelquefois interrompu par caillots. Il y a 15 jours, forte hématurie, avec douleur lombaire droite et rétention par caillots (1er sondage).

Mictions. — Fréquence : le jour, 5-6 ; la nuit, 2. Douleur, inconstante, postmictionnelle.

Urines. — Troubles, albumineuses, sanglantes, staphylocoques.

Vessie. — Non douloureuse. Pas de résidu. Capacité : 30 grammes.

Cystoscopie. — A gauche et en haut : ulcération entourée de végétation, aspect d'un cancroïde ulcéré. — Jugé inopérable.

Epidydime droit porte une petite induration.

Etat général. — Bon. Part le 28 août.

Mai 1908. — Mort.

OBSERVATION XIV a.

Tumeur vésicale probable. — Hématurie. — Mort 9 ans après les premiers symptômes.

L... Louis-Joseph, 57 ans, magistrat. Entre à l'Hôpital Saint-Joseph, le 3 août 1908, pour hématuries.

Antécédents, — « Pisseur » de graviers et de sable.

Début. — Il y a 9 ans, par petits caillots de sang dans l'urine, apparaissant après une courte dysurie. Il y a 4 ans: hématuries abondantes, capricieuses, non influencées par la marche ou la voiture. De temps à autre une hématurie.

Mictions. — Fréquence : 3 le jour, 3 la nuit. Douleur terminale légère.

Urine. — Légèrement hématique. Trouble. Coli et staphylocoques.

Vessie. — Capacité : 130 gr. Le toucher rectal donne la sensation d'une vessie pleine. Grosse tumeur ou parois infiltrées ?

Etat général. — Anémie marquée. Refuse l'intervention. Part.

Juin 1909. — On apprend la mort du malade.

OBSERVATION XV a.

Tumeur vésicale probable. — Début par pollakiurie douloureuse. — Hématuries rares. — Mort 18 mois après l'apparition de la pollakiurie.

Ch..., 80 ans. Vu pour la première fois le 21 octobre 1909, par le Dr Rafin, pour hématurie.

Antécédents : 0.

Début. — Il y a 3 ou 4 mois par pollakiurie. S'est alité. Hématuries depuis 15 jours, à intervalles éloignés. Terminales.

Mictions. — Le jour toutes les 2 heures. Douleur légère. Soulagé par la marche. Hématurie par la voiture.

Urine. — Sanglante, sans odeur. Au microscope, sang pur.

Vessie. — Léger résidu. Capacité : 60 gr. Ne paraît pas indurée. Pas de cystoscopie, l'âge contrindiquant toute intervention.

Prostate normale.

Rein droit volumineux. Pas de varicocèle.

Etat général. — Bon.

Décembre 1909. — La vessie donne, à gauche, une sensation d'induration par le toucher combiné au palper. Douleur dans la jambe gauche. Pollakiurie de plus en plus marquée.

20 mars 1910. — Mort.

OBSERVATION XVI a.

Tumeur vésicale siègeant sur le col. — Hématurie. — Anémie. Mort 9 mois après la première hématurie.

Mme B..., 62 ans. Vue pour la première fois par le Dr Rafin, le 11 avril 1911, pour hématurie.

Antécédents. — A uriné du sable; plusieurs séjours à Contrexéville.

Début. — En novembre 1910, il y a 5 mois, au cours d'une bronchite, hématurie totale, renouvelée souvent depuis, parfois quelques caillots.

Mictions. — La nuit, 2 ou trois ; le jour 4 à 6, indolores.

Urine. — Uniformément noire, hématique, quelques cellules en raquettes.

Vessie. — Capacité : 200 gr. Paroi indurée à gauche.

Cystoscopie. — Masse arrondie, siégeant au ras du col ; arrondie, végétante, irrégulière à droite, lisse et saillante à gauche. La partie droite est celle qui saigne. Développement de la tumeur à la fois intrapariétal et endovésical.

Etat général. — Obésité, mais anémie marquée. Alité depuis le début sur les conseils de son médecin. Se sent d'ailleurs trop faible pour se lever.

6 *juillet* 1911. — On apprend la mort de la malade.

Indications et contrindications opératoires des tumeurs vésicales.

Les indications opératoires des tumeurs de la vessie sont dominées par ces deux lois générales, à peu près universellement admises : 1°) Toute tumeur, même bénigne, doit être traitée comme une tumeur maligne, ou susceptible de le devenir. — 2°) Toute tumeur maligne qu'on peut enlever dans sa totalité doit être extirpée chirurgicalement. — Le bistouri reste, en effet, malgré les efforts accomplis pour appliquer divers agents physiques ou chimiques à la thérapeutique des néoplasmes, l'« ultima ratio » de leur traitement.

Cette indication, très générale, commande en première ligne l'intervention curative dans tous les cas ou elle est applicable. Il s'y ajoute souvent d'autres indications plus particulières et plus précises : la santé générale du malade peut être fortement compromise, et sa vie dans certains cas, du fait d'hématuries répétées ou très abondantes. Nos observations III, VI, VII, VIII, IX, XV, XVI, XXII, XXV, XXVI, en sont des exemples. Il est d'autres cas où des signes, soit de pseudo-cystite, douleur et

pollakiurie, dus à la tumeur seule, soit de cystite associée, alors particulièrement rebelle, rendent la vie insupportable aux malades qui réclament souvent eux-mêmes l'intervention, quelles qu'en doivent être les suites. Notons en passant la fréquence de ces troubles fonctionnels, apparus souvent avant toute hématurie, et inquiétant davantage les malades ou leur entourage. Nous les trouvons particulièrement marqués dans les observations XVII, XVIII, XIX, XXI, XXII, XXX, XXXIV. Dans ce dernier cas, la douleur atroce et la pollakiurie extrême ont imposé l'intervention, malgré les mauvaises conditions d'examen et d'opération. L'intervention curative qui aboutit le plus souvent à la récidive, comme nous le verrons plus loin, devient alors une opération euthanasique qui retarde la mort du malade et la rend plus douce.

Il nous faut, à propos de ces deux dernières indications, remarquer que l'hématurie est plus fréquente, au début du moins, dans le papillome, alors que les signes d'intolérance vésicale ont une prédilection spéciale pour les tumeurs malignes. L'infection vésicale elle-même, d'une extrême facilité dans les tumeurs, puisque beaucoup de ces malades sont infectés gravement dès le 1er cathétérisme, peut devenir une indication formelle. Elle est, nous l'avons dit après d'autres, très rebelle dans les vessies néoplasiques et la pyélonéphrite ascendante la complique souvent avec ses multiples dangers.

L'intervention peut être encore commandée par des troubles mécaniques graves dans le cours de

l'urine. Les malades des obs. VII, XV, XXIX, avaient fréquemment de la rétention vésicale par des caillots. Outre les inconvénients nombreux de cet accident, les dangers en sont encore accrus par la fréquence de l'infection au cours des sondages, même les plus minutieusement aseptiques, sur laquelle nous ne reviendrons pas.

Il en est de même pour certains cas d'uronéphrose consécutive à l'obstruction d'un uretère par la tumeur ; on a même signalé des cas de rupture vésicale consécutifs à l'obstruction du col de la vessie.

Quant aux interventions palliatives, elles relèvent presque toujours de ces indications particulières, lorsque la loi d'exérèse des tumeurs n'est pas applicable, et sont moins que les interventions curatives sujettes à des contrindications.

Les premières de ces contrindications sont évidemment, d'après la formule même de cette loi, la grande extension, l'infiltration ou la multiplicité des tumeurs qui en rendent l'extirpation complète impossible. La sensation d'induration vésicale étendue est alors très importante, et, dans ce cas particulier, le toucher rectal combiné au palper hypogastrique semble fournir des données plus utiles que la cystoscopie. La recherche des ganglions est trop souvent négative, pour donner des renseignements de quelque valeur. Les observations de malades non opérés Ia, IIa, IIIa, Va, VIa, VIIa, XIa, XIIIa, XVa sont des exemples de cette contrindication, formelle au point de vue de l'intervention curative, mais qui peut-être limitée,

en vue de l'intervention palliative par les hématuries considérables, les douleurs ou les troubles mécaniques graves.

Une contrindication plus absolue, s'étendant même aux opérations palliatives, est tirée du mauvais état général du malade. C'était le cas dans les obs. Ia, IXa, Xa. Dans l'obs. VIIIa, le cathétérisme uretéral avait révélé l'existence d'une pyélonéphrite double. Les malades des obs. Ia, VIa, VIIa, IXa, Xa, âgés respectivement de 68, 72, 68, 69, 80 ans, semblaient également ne devoir retirer de l'intervention que des avantages très hypothétiques, trop largement compensés par les risques courus.

Bien que nos observations n'en relatent pas d'exemple, disons encore que les tumeurs vésicales de l'enfant ne semblent guère judiciables du traitement chirurgical qui a presque toujours donné de mauvais résultats.

Ajoutons l'incertitude du diagnostic, même avec la cystoscopie qui d'ailleurs peut être impossible ou en défaut (éclaircissement impossible du liquide vésical par suites des hématuries incessantes). Certaines tumeurs vésicales, les myomes extra-cavitaires surtout, sont souvent des trouvailles d'intervention exploratrice ou d'autopsie.

L'emploi du cystoscope dans le cas de tumeur a des contrindications nombreuses que ses avantages et les données précieuses qu'il fournit parfois, ne doivent pas faire oublier. Ces contrindications résultent de l'extrême facilité avec laquelle s'infectent la vessie néoplasique. De cette infection résulte une

énorme aggravation de l'état du malade (infection générale, cystite douloureuse et rebelle). On n'emploiera donc ce procédé d'examen qu'avec de minutieuses précautions d'asepsie et en évitant tout trauma de la tumeur. Fréquemment, il vaut mieux renoncer à l'utiliser.

Ces indications et ces contrindications opératoires sont les plus universellement admises ; elles ont besoin d'être contrôlées par les résultats éloignés de l'intervention. Seule une statistique très étendue précisera leur valeur. Nous y apporterons notre contribution en étudiant les résultats éloignés de toutes les opérations pratiquées par notre maître, le Dr Rafin, pour tumeurs vésicales. C'est ce que nous ferons dans un dernier chapitre, après avoir passé rapidement en revue les modes opératoires les plus employés.

Les divers modes opératoires applicables aux tumeurs vésicales.

Lorsque le Dr Rafin présentait, en 1905, à l'Association Française d'Urologie, son rapport si documenté sur le traitement chirurgical des tumeurs vésicales, la voie hypogastrique était de beaucoup la plus usitée pour aborder ces tumeurs.

Utilisée pour la première fois par Bilroth, en 1874, préconisée dès lors par le maître de l'école de Necker, elle avait détrôné rapidement la dilatation de l'urètre et la boutonnière périnéale, moins commodes, plus compliquées et ne permettant qu'une exploration vésicale presque toujours incomplète. L'apparition du cystoscope permit à Nitze de reprendre l'intervention par les voies naturelles, puisque l'objection n'existait plus du défaut d'exploration et de contrôle. Cette pratique, limitée en 1905, à l'école de Nitze, s'est depuis assez largement répandue.

Sont donc actuellement en présence, l'intervention sanglante par taille hypogastrique, de beaucoup encore la plus usitée, et la cystoscopie opératoire ardemment préconisée par ses partisans. Toutes nos

observations relèvent de la première méthode, mais les travaux récents ne nous permettent pas d'ignorer la seconde (Marion, Soc. Chirurg. Paris. *La Presse médicale* — *Amici.* 27 avril 1910. — Doré et Jack Mock. *Ann. des Mal. des org. gén.-ur.* 1911). Nous étudierons d'abord la taille hypogastrique et ses diverses modalités.

L'incision peut être soit transversale, soit longitudinale. Dans le premier cas, l'éventration est souvent à craindre. La désinsertion des grands droits (Desnos, Cong. fr. d'ur. 1896) y remédierait suffisamment. L'incision longitidunale, habituelle, a été pratiquée chez tous nos opérés, avec section transversale ou désinsertion des grands droits lorsque le jour était insuffisant.

Nous ne signalons qu'à titre documentaire la résection temporaire ou définitive du pubis et la symphiséotomie, complètement abandonnées.

Après l'intervention vésicale proprement dite (que nous étudierons ensuite plus longuement), la suture peut être soit complète, soit incomplète avec drainage hypogastrique. Dans le premier cas, l'asepsie du milieu vésical est nécessaire. Lorsqu'elle est douteuse, le drainage vésical, réalisé à la fois par une sonde à demeure (sonde de Pezzer le plus souvent) et par le double tube hypogastrique est indispensable. Si l'intervention a nécessité un décollement cellulaire ou sous-péritonéal de la paroi vésicale, le drainage de la loge sera assuré par des drains ou des mèches. Exceptionnellement, le drainage périnéal sera utilisé.

L'opération vésicale proprement dite sera soit palliative, soit curative.

L'opération palliative consistera habituellement en un curettage plus ou moins profond du néoplasme, qu'on fera suivre le plus souvent de thermocautérisation (Obs. XXXV à XLII).

Les interventions radicales ou curatives pourront, suivant le nombre, l'étendue et le siège des tumeurs, comporter l'exérèse d'une portion seulement de la vessie, ou l'ablation de la vessie toute entière.

Les exérèses partielles, dans leur forme la plus simple, applicable aux néoplasmes n'intéressant que la muqueuse, et dans une petite partie de son étendue, pourront être réalisées de façons différentes. Pour les tumeurs à pédicule étroit, la section de ce pédicule, saisi entre des pinces, et sa ligature suffiront généralement. Si le pédicule est large, ou que la tumeur soit à la fois superficielle et sessile, on pourra la circonscrire au bistouri ou aux ciseaux. L'hémostase, réalisée par des ligatures, la thermocautérisation, ou une suture serrée, sera parfois nécessaire. Nos obs. I à X inclus et XIV pour les tumeurs bénignes, XV à XXV inclus pour les tumeurs malignes (soit 22 fois sur 42 interventions) relèvent de ce mode opératoire. Le siège de la tumeur est alors peu important. Dans les obs. II et VIII, le méat uretéral était intéressé. On a pu abraser sa surface sans entraver son fonctionnement.

Lorsque le néoplasme pénètre en profondeur au-delà de la muqueuse, tout en restant limité en surface, on devra enlever à son niveau la paroi vésicale dans

toute son épaisseur. Suivant que l'on procédera, par rapport à la cavité, de dehors en dedans ou de dedans en dehors, les temps opératoires seront différents. Dans le premier cas, on commencera par décoller minutieusement la paroi vésicale du tissu cellulaire de la loge (couche graisseuse limitante de Clado) ou de la séreuse péritonéale qu'on pourra isoler et protéger avant d'ouvrir la vessie. Ce sera la cystectomie partielle vraie. Si, au contraire, on va de dedans en dehors, la protection des tissus et des organes voisins est moins bien assurée. C'est le plus souvent après l'exérèse de la muqueuse, jugée insuffisante au cours même de l'intervention, que ce procédé moins parfait est employé. On l'appelle, pour le distinguer de la cystectomie proprement dite, résection partielle de dedans en dehors. Nos obs. XII (tumeurs bénignes) et XXVI à XXXII inclus (tumeurs malignes) comportent des cystectomies partielles. Nous trouvons 3 résections partielles de dehors en dedans : Obs. XI, tumeurs bénignes ; obs. XXXIII et XXXIV, tumeurs malignes.

Dans l'un et l'autre cas, l'exérèse intéresse toute l'épaisseur de la paroi. La présence du péritoine à son niveau devient alors un danger (obs. XXVI). L'exérèse peut aussi être nécessaire au niveau d'un méat uretéral. Il faut alors sectionner l'uretère à la surface externe de la vessie et le réimplanter dans le voisinage (obs. XII, XXIX, XXX, XXXII). De ces deux constatations, il résulte évidemment que les difficultés et les risques opératoires dans la cystectomie et la résection partielles sont fonction du siège

de la tumeur, et nous pouvons, ainsi que l'a fait le Dr Rafin dans son Rapport (loc. cit.), diviser à ce point de vue la vessie en 3 zones :

1°) Zone sous-péritonéale (Sommet : partie supérieure des faces latérales ; face postérieure). Danger d'ouverture et d'infection de la séreuse (obs. XXVI).

2° Zone uretérale. (On sait que le trigone est le siège fréquent des tumeurs vésicales). Danger d'arrachement, de coudure, d'infection de l'uretère réimplanté.

3° Zone « libre », loin du péritoine et des uretères (face antérieure ; partie moyenne des faces latérales), où l'intervention est beaucoup plus facile. (Obs. XI, XXVII, XXVIII, XXXI, XXXIII, XXXIV).

La protection du péritoine peut être réalisée par les soins apportés à son décollement. Certains chirurgiens (Suchard, Mikulicz, Bérard) l'incisent préalablement dans la cystectomie partielle, et le suturent en arrière de la zone vésicale à réséquer. L'ouverture de sa cavité est ainsi rendue presque impossible, au cours de l'intervention vésicale.

La réimplantation de l'uretère, sectionné au ras de la surface extérieure de la vessie, se fait soit sur la ligne de suture vésicale après l'exérèse, soit dans une boutonnière spécialement pratiquée à cet effet, en dehors d'elle. Quatre points cardinaux de catgut fin traversant toute l'épaisseur de la paroi de ce conduit suffisent généralement à en assurer la solidité. Si l'on constate un peu de tiraillement, on pourra le renforcer par des points plus superficiels reliant son adventice à la paroi vésicale. Le méat

ainsi formé fonctionne généralement bien. L'arrachement est rare, si la suture est soignée. Le rétrécissement est exceptionnel. Malheureusement, l'infection est assez fréquente, malgré les précautions d'asepsie et la pyélonéphrite en est la conséquence.

Ces difficultés et ces dangers se retrouvent au maximum, lorsque la multiplicité des tumeurs, leur étendue ou leur malignité imposent l'ablation du réservoir vésical tout entier, la cystectomie totale. L'obs. XIII relate un cas de papillomatose diffuse dont le seul traitement chirurgical possible était évidemment la cystectomie.

La vessie est au préalable décollée, sur toute sa surface, du tissu cellulaire environnant et du péritoine. Les uretères doivent être abouchés, soit à la peau, soit dans un organe voisin. L'ablation de la vessie sera faite soit par la voie hypogastrique, soit par le périnée, comme dans l'obs. citée.

La facilité avec laquelle se produisent l'ouverture et l'infection du péritoine, et leur gravité d'une part; l'absolue nécessité de conserver aux uretères leur bon fonctionnement d'autre part, font passer au second rang l'ablation proprement dite de la vessie.

L'isolement du péritoine, avec la conservation de son intégrité peut être le plus souvent réalisé par un décollement lent et minutieux. Il est assez fréquent cependant de trouver des adhérences dues soit à de la péricystite, soit à de l'infiltration néoplasique. L'ouverture de sa cavité peut alors se produire, et les morts par péritonite ne sont pas rares dans les cystectomies.

Le traitement des uretères est le point capital, puisqu'il tient sous sa dépendance le fonctionnement des reins et la possibilité de leur infection.

Nous ne prétendons pas en étudier ici les détails de technique. Les traités classiques les décrivent fort bien. Le rapport cité du docteur Rafin en précise certains points spéciaux, les articles plus récents de Rowsing, Fenwick, Werhoogen et de Graeuve de même. De plus, nous n'avons qu'une observation personnelle de cystectomie totale. Mais l'abouchement des uretères est encore la cause principale d'échec du traitement idéal des tumeurs de la vessie que serait, sans elle, cette opération.

Nous devons donc noter les différentes méthodes destinées à la combattre.

L'ablation de la vessie supprime, en effet, non seulement un réservoir d'une grande utilité mécanique, mais une barrière contre l'infection des voies urinaires supérieures.

Le traitement le plus simple des uretères consiste à les abandonner dans la plaie opératoire. Absence de réservoir et danger d'infection sont alors manifestes (obs. XIII. Première intervention).

Pour éviter de laisser le bout libre des uretères dans une plaie le plus souvent infectée, on a abouché les uretères à la peau : région lombaire (obs XIII. Uretère droit), fosse iliaque (obs. XIII. Uretère gauche), périnée. Certains chirurgiens (Cf. statistique, publiée par Fenwick) ont même pratiqué cet abouchement dans une opération préalable (uretéronéostomie lombaire quelques jours ayant la cystectomie)

de façon systématique. Quoi qu'il en soit, le réservoir vésical n'est pas remplacé et le danger d'infection persiste.

L'abouchement des uretères dans l'urètre, qui n'aurait que le premier de ces inconvénients, n'a été réalisé que sur des animaux, à titre d'expérience, et semble présenter de très grandes difficultés pratiques, comme le montre l'échec des quelques tentatives faites sur le malade.

On a essayé, au moyen de divers procédés, de remplacer la vessie par un réservoir créé artificiellement aux dépens d'organes voisins.

Le premier en date consiste à réimplanter les uretères dans le rectum. Divers chirurgiens (Novaro, Vignoni, Krynski, Fowler, Duval et Terson, Boari, Martin, Maydl, etc.) ont proposé des formes spéciales de suture, destinées à empêcher l'infection ascendante, qui reste évidemment le danger capital de la méthode. Les résultats sont, pour la plupart, médiocres.

Il fallait éviter aux méats néformés le contact des fœces. On a proposé alors de dériver le cours des matières (anus contre nature. Giordano, Mauclaire, Muller, etc...) le rectum étant destiné à ne contenir que l'urine, qu'il tolère le plus souvent assez bien. On a pratiqué également l'exclusion d'une anse intestinale, reliée d'une part aux uretères, de l'autre à la peau (Goldenberg) ou à l'urètre (Poggi, Tizzoni). Il existe encore d'autres procédés. Les résultats en sont très irréguliers, et le plus souvent peu satisfaisants (Cf. Verhoogen, Cf. Rowsing, loc. cit.)

Enfin on a réimplanté les uretères dans le vagin partiellement fermé, qui semble *à priori* pouvoir s'adapter le mieux à cette fonction de réservoir contractile et relativement aseptique (Pawlick). Nous citerons à ce propos les essais intéressants du Professeur Pollosson (Pollosson, Cong. Gynéc. et obst. 6e sess. 1910. Thèse de Du Laurens de La Barre, Lyon, 1910). Les résultats ne sont pas en rapport avec l'ingéniosité de ce procédé si rationnel cependant chez la femme, et qui n'a pas d'équivalent chez l'homme. La réimplantation des uretères reste toujours la pierre d'achoppement de la cystectomie totale, et la vessie, selon le mot de Guyon, la vraie gardienne des uretères.

Quand aux interventions cystoscopiques rendues possibles par l'invention de Nitze et les nombreux appareils construits depuis dans ce but (Loévenhart, Kollman, Boehme, Lohnstein, Klose, Young, Casper, Stark, Baer, Strauss, Blum, Brenner, Valentin-Luys, et Marion notamment), leur mode opératoire est très simple pour un chirurgien connaissant bien son appareil. L'écrasement, la section par des pinces coupantes, un fil tranchant ou une anse galvanique, le curettage peuvent être employés selon les cas. L'avantage le plus net de la méthode est d'éviter les grands traumatismes et l'anesthésie générale. Nous renvoyons aux travaux du professeur Marion et de Messieurs J. Doré et Jack Mock pour l'étude détaillée de ce genre d'interventions, étude que nous n'avons pas à faire dans l'exposé des résultats opératoires éloignés d'observations personnelles.

Statistique des résultats éloignés.

Avant de tirer de l'étude des observations qui précédent quelques conclusions, nous essaierons de leur donner pour base plus solide qu'une impression personnelle, sujette à caution, des chiffres aussi exacts que possible. Nous noterons brièvement les suites opératoires : (survie depuis l'intervention, survie depuis le premier examen, durée moyenne d'évolution des cas suivis de mort, depuis les premiers signes jusqu'au décès, proportion de guérisons et de récidives), pour chaque mode opératoire, dans les tumeurs bénignes d'abord, ensuite dans les tumeurs malignes.

Nous comparerons à ces chiffres les moyennes leur correspondant chez les malades non opérés. Nous devons faire une réserve sur la valeur de ce parallèle. Les cas non opérés étaient ordinairement d'allure plus sévère et, toutes conditions égales d'ailleurs, devaient évoluer en un temps plus court.

Par compensation, la statistique correspondante des cas opérés n'embrasse que ceux suivis de mort opératoire ou de mort par récidive. La comparaison semble donc garder une valeur relative, puisque nous mettons en regard de part et d'autre les cas les plus défavorables.

Sont exclus des moyennes (survie et durée totale d'évolution), les malades dont la guérison persiste actuellement ; ceux qui ont récidivé, mais survivent; ceux qui sont morts depuis sans récidive ; une malade perdue de vue (XXI) et des malades pour lesquels il est impossible de fixer même approximativement le début de la maladie (XXXII, XXXVI, XXXVII). Pour l'obs. XXXVI, la première hématurie remontait à 19 ans avant l'intervention. Comme il s'agissait d'une tumeur maligne, nous ne pouvons lui attribuer avec vraisemblance ce premier symptôme apparent.

Tumeurs bénignes — 14 opérés.

1° Exérèses simples — 11.

7 *guérisons* actuellement persistantes I, IV, VI, VIII, IX, X, XIV. Le temps écoulé depuis l'opération est pour chacun d'eux, dans l'ordre, de 13 ans (mort d'affection intercurrente sans récidive), 4 ans, 3 ans, 6 mois, 3 mois, 3 ans 1/2, 2 ans.

3 *morts* III, V, VIII. 1 mort par infection, 1 mois après (III). 2 morts de récidive (V, VII), au bout, l'un de 2 ans 1/2, l'autre de 2 ans.

1 *récidive* avec survie persistante 6 ans 1/2 après (II).

2° Résection partielle de dedans en dehors 1 (obs. XI). *Récidive. Survie persistant* 1 an et 9 mois après l'intervention avec bon état général.

3° Cystectomie partielle 1 (XII), avec réimplantation d'un uretère.

Récidive et mort. — Survie 5 ans.

4° *Cystectomie totale* 1 (XIII). Ablation en bloc de la prostate et de la vessie.

Mort 3 mois après de pyélonéphrite.

La survie moyenne, après l'intervention, pour les 5 cas suivis de mort post-opératoire ou par récidive est de 2 ans.

La durée moyenne de leur évolution, depuis les premiers signes jusqu'à la mort, est de 9 ans.

Sur les 14 opérés nous avons :

14,28 °/₀ de mort opératoire.

35,72 °/₀ de récidive, dont deux survivent actuellement.

50 °/₀ de guérison persistant depuis une moyenne de 4 ans (de 13 ans à 3 mois).

Tumeurs malignes — 28 opérés.

A. *Interventions radicales* (20 cas).

1° *Exérèses simples*. 11 cas (XV à XXV inclus).

1 guérison persistant actuellement depuis 10 ans (XXIII). Léger doute par défaut de cystocopie. Le malade écrit qu'il va « parfaitement bien ».

1 mort intercurrente sans récidive, 1 an après (XXIV).

1 cas perdu de vue sans récidive au bout de 3 ans et 8 mois (XXI).

1 cas en évolution avec incertitude sur la récidive, 6 mois après (XXV).

7 morts. — 1 mort post-opératoire (XV), embolie cérébrale probable.

6 morts par récidive (XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXII), avec survie respective de 10 mois, 8 mois, 2 ans, 2 ans, 3 ans, 6 ans 1/2.

La survie moyenne des 7 cas suivis de mort est de 2 ans 1/2.

Durée moyenne d'évolution totale : 3 ans 5 mois.

2° *Résections partielles de dedans en dehors* — 2 cas (XXXIII, XXXIV).

2 morts par récidive, avec survie moyenne de 3 ans.

Durée moyenne d'évolution : 3 ans 1/2.

3° *Cystectomies partielles* (7 cas).

a) N'intéressant pas l'uretère — 4 cas (XXVI, XXVII, XXVIII, XXXI).

2 morts opératoires.

2 morts par récidive, respectivement 8 mois et 1 an après.

b) Avec réimplantation uretérale — 3 cas (XXIX, XXX, XXXII).

3 morts par récidive respectivement 9 mois, 8 à 10 mois, 1 an et 8 mois après.

La survie moyenne des opérés pour cancer par cystectomie est de 8 mois et quelques jours.

Durée moyenne d'évolution : 1 an et 2 mois.

B. Interventions palliatives — 8 cas (XXXV à XLII inclus).

1 mort opératoire (XXXV). Pneumonie.

5 morts de récidive (XXXVI à XL inclus), avec survies de 3, 2, 6 mois, 2 et 3 ans.

2 récidives survivant actuellement (XLI, XLII), 6 mois après.

Survie moyenne, 1 an environ.

Durée moyenne d'évolution, 2 ans et 5 mois.

Les tableaux ci-dessous portent sur l'ensemble de nos observations (tumeurs bénignes et tumeurs malignes), soit 37 opérés, après élimination de 5 malades opérés depuis moins d'un an, tous vivants (obs. IX, X, XXV, XLI, XLII).

1° Malades morts des suites opératoires ou de récidive.

TEMPS ÉCOULÉ entre l'intervention et la mort	Nombre de malades	DÉSIGNATION des numéros d'observations
Dans les 4 premiers mois.	7	III, XIII, XV, XXVI, XXVII, XXXVI, XXXVII.
Vers la fin de la 1re année.	8	XVI, XVII, XXVIII, XXIX, XXXI, XXXVI, XXXVIII.
Vers la fin de la 2e année.	6	V, XVIII, XIX, XXXII, XXXIV, XXXIX.
Vers la fin de la 3e année.	3	VII, XX, XL.
Vers la fin de la 5e année.	2	XII, XXXIII.
Vers la fin de la 6e année.	1	XXII.

Soit au total : 27 malades ayant succombé dans un délai variant de quelques jours à 6 ans après l'intervention.

2° Malades survivant actuellement
(outre les 5 opérés depuis moins d'un an).

TEMPS ÉCOULÉ entre l'intervention et la mort	Nombre de malades	DÉSIGNATION des numéros d'observations
Opérés depuis 1 et 9 mois	1	XI (Récidive, avec bon état général.
Opérés depuis 2 ans	1	XIV.
Opérés depuis 3 ans à 3 ans 1/2	2	VI, VIII.
Opérés depuis 4 ans	1	IV.
— — 6 ans	1	II (Récidive, avec bon état général).
— — 10 ans	1	XXIII.

Soit au total : 7 malades survivant actuellement opérés depuis un nombre d'années variant entre 1 an et 9 mois et 10 ans. Tous ces survivants, sauf le n° XXIII, avaient été opérés pour tumeurs bénignes.

Il nous faut ajouter à ces tableaux 3 malades.

XXI, malade perdue de vue, cancer non récidivé au bout de 3 ans 1/2.

I, mort d'affection intercurrente, sans récidive, 13 ans après.

XXIV, mort d'affection intercurrente, sans récidive, 1 an après.

On voit, par la lecture de ces chiffres qui englobent une pratique chirurgicale de 20 années, que les guérisons complètes sont relativement rares.

Pour les tumeurs bénignes, nous avons 7 guérisons, soit 50 °/₀ des opérés. L'une d'elles (obs. I) était constatée 13 ans après l'intervention. Le malade est mort peu après de cardiopathie sans trouble vésical aucun ; il semble donc qu'on puisse considérer cette guérison comme définitive, bien qu'on trouve dans la littérature des cas exceptionnels de récidive après un temps plus long.

3 guérisons (IV, VI, VIII) persistent depuis 3 à 4 ans ; 1 (XIV) depuis 2 ans. Les 2 autres (IX, X) sont encore trop récentes pour avoir quelque valeur statistique.

Les récidives, au nombre de 5 (soit 35,71 °/₀), ont permis 2 survies persistant actuellement, l'une depuis 1 an et 9 mois, l'autre depuis 6 ans, ce qui nous oblige malheureusement à considérer comme encore possible la récidive pour la plupart des malades guéris.

Les 2 morts opératoires, soit 14,28 °/₀ sont dues l'une à l'infection générale (III), l'autre (XIII) à la pyélonéphrite ascendante, qui termine si souvent l'évolution des cas de cystectomie totale.

Quant au cancer, la récidive relativement précoce est la règle. Nous n'avons qu'un cas (XXII) de guérison persistant depuis 10 ans. Il s'agissait d'un petit cancer bien pédiculé. La survie obtenue est en moyenne d'un an et demi (calculée seulement chez les malades décédés), alors que les non-opérés n'ont survécu, en moyenne, que 7 mois au premier examen signalé par leur observation.

La durée moyenne d'évolution depuis les premiers

symptômes jusqu'à la mort est pour l'ensemble des opérés d'un peu plus de 4 ans, alors que nous trouvons 2 ans pour les non opérés.

Une statistique personnelle de Pasteau (Les conditions d'interv. dans les tumeurs de la vessie — loc. cit.) nous donne, sur 24 tailles :

5 morts dans les premiers jours qui ont suivi l'intervention, soit 20,83 %.

4 récidives constatées : 1 au bout de 6 mois ; 3 au bout de 2 ans.

2 guérisons persistant 5 ans après (au moment de de la publication).

4 malades sans récidive au bout de 2 et 3 ans (la statistique ne dit pas s'ils ont été revus ensuite).

6 malades non revus.

3 n'ont subi qu'un drainage hypogastrique, et l'intervalle entre l'intervention et la mort n'est pas signalé.

La statistique d'ensemble des cystectomies totales publiée dans les Folia Urologica (n° 3, 1908-1909) par Verhoogen et de Graeuve donne sur 59 observations complètes :

31 morts opératoires, soit 52,7 %.

28 survies immédiates ; 6 morts dans la 1re année, 7 morts entre la 1re et la 3e année, 2 survies de de plus de 3 ans, 13 malades non suivis.

En ajoutant à cette dernière statistique les cas nouveaux publiés par Rowsing (Congr. Int. Urol. Londres 1911), nous avons 68 opérés.

35 morts opératoires.

33 survies immédiates ; 7 morts dans la 1re année,

9 morts entre la 1re et 3e année, 2 survies de plus de 3 ans, 13 malades non suivis, 2 opérés depuis 2 mois seulement.

Les procédés opératoires employés sont ceux que nous avons signalés dans le précédent chapitre.

Les causes de mort post-opératoires dans la cystectomie totale sont le choc, la péritonite, l'infection suraiguë, l'urémie.

La cause de mort tardive la plus fréquente de beaucoup est la pyélonéphrite ascendante : la récidive ou la métastase néoplasique sont bien plus rares.

Nous renvoyons le lecteur aux articles de MM. J. Doré et Jack Mock dans les Annales des maladies des organes génitaux urinaires (loc. cit.) pour les résultats des opérations cystoscopiques, résultats très intéressants, mais qui ne rentrent pas dans le cadre de notre travail.

Ces différentes statistiques ne modifient en rien l'impression qui résulte de la lecture de nos observations personnelles.

Les tumeurs bénignes ont un nombre appréciable de chances de guérison, sinon définitive, du moins persistant pendant plusieurs années.

Pour les cancers, la récidive, là comme ailleurs, est la règle, avec une faible chance de guérison complète, lorsqu'ils sont pédiculés et que l'exérèse peut dépasser très largement leurs limites. On constate dans la plupart des cas après l'opération, une évolution plus lente et remarquablement moins pénible, malgré quelques exceptions. Les malades

ayant récidivé actuellement vivants, II, XI, XLI, XLII, ont un mieux-être général et local tel qu'ils ignoraient leur récidive lorsqu'elle a été constatée par la cystoscopie. Toutefois, on ne doit pas oublier que quelques chirurgiens, notamment Escat (Congrès d'Ur. 1909), ont retiré de l'observation de certaines récidives une impression très défavorable.

La fréquence de la récidive peut être attribuée à ce fait que l'ablation complète de l'organe malade présente trop de dangers pour être appliquée fréquemment. Nous voyons en effet, par les observations de cystectomie totale trouvées dans la littérature, que la mort par récidive néoplasique est rare chez les malades qui ont survécu à cette opération.

C'est, en dernière analyse, de l'opposition entre les risques opératoires d'une part (6 de nos malades sur 42, soit 14,2 °/₀, ont succombé dans les 3 premiers mois), et, d'autre part, les chances limitées de guérison avec probabilité de survie plus longue et moins pénible, que se dégagent d'elles-mêmes nos conclusions. Elles nous semblent applicables non seulement à notre statistique personnelle, mais à toutes celles rencontrées dans la littérature qui relatent des résultats quelque peu éloignés.

CONCLUSIONS.

Les tumeurs de la vessie, même histologiquement bénignes, doivent figurer parmi les néoplasmes les plus graves.

Pour les tumeurs bénignes, la récidive est fréquente. Notre statistique comporte 50 °/₀ de guérisons constatées, en moyenne, 4 ans après l'intervention, (récidive encore possible) ; 14,28 °/₀ des malades ont succombé aux suites opératoires ; 35,72 °/₀ ont récidivé.

Si l'on compare les résultats de l'abstention à ceux du traitement chirurgical, on peut conclure que celui-ci est non-seulement indiqué par certaines complications graves : hématuries abondantes, rétention, infection, mais également justifié par les résultats parfois favorables et, dans un grand nombre de cas, par une plus longue survie.

On ne doit cependant pas perdre de vue que certains malades atteints de tumeurs bénignes bien

pédiculées, peu hémorragipares, ont eu exceptionnellement, sans intervention, une survie très longue.

La question de la dégénérescence maligne des tumeurs opérées trouve sa contre-partie dans le fait de cette transformation spontanée avant toute intervention. On a fréquemment trouvé, dans des tumeurs considérées comme bénignes, des éléments anatomiques constituant divers degrés de transition entre la bénignité et la malignité histologique.

L'ablation d'une tumeur maligne constitue par elle-même une intervention grave. De plus, les résultats éloignés en sont généralement mauvais ; exceptionnellement, quelques cas de néoplasmes peu volumineux, bien pédiculés, sans infiltration, peuvent en retirer des avantages indiscutables.

Quand la tumeur est infiltrée, l'opération ne sera généralement que palliative. L'ablation complète de l'organe envahi, seule rationnelle, trouve dans les difficultés et les dangers du traitement des uretères un obstacle qui n'a pas encore été franchi.

Nos observations donnent, comme résultats des tentatives d'opération radicale pour cancer :

15 °/₀ de mort opératoires.

65 °/₀ de récidive avec survie moyenne de 1 an et 5 mois.

5 °/₀ de guérison.

Le reste est réprésenté par un cas de malade non revue et un cas de mort, due à une affection intercurrente, sans récidive.

Les opérations palliatives datant de plus d'un an ont donné :

16,6 °/₀ de mort opératoire.

83,4 °/₀ de mort par cachexie avec survie moyenne d'un an.

L'abstention a laissé aux malades une survie moyenne de 7 mois après le premier examen.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. POLLOSSON.

Vu :
LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 3 Janvier 1912.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — Traité des tumeurs de la vessie. Paris 1893.

— Médecine opératoire des voies urinaires. Paris 1909.

— Résultats de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs. *Ann. des Org. génito-urin.* 1907.

BAZY. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme. *Ann. des mal. des org. gén. ur.* 1883.

— Tumeur de la vessie chez une femme de 79 ans...

— Indications opératoires dans les tumeurs de la vessie. *Rev. intern. de Méd. et de Chirurg.* Paris, 1907.

BARTHÉLEMY GUIZY (d'Athènes). — Trois cas de tumeur de la vessie sans hématurie. Note. *Ann. des org. génito-urin.* Paris, 1907.

BLUM. — Le myofibrome de la vessie. *Folia Urologica.* 1910.

BUERGER. — Traitement des papillomes de la vessie par la fulguration. *New-York. Méd. Journ.* vol. XCII.

CABOT. — The value of palliative opération of cancer of the bladder. *Ann. J. Urol. N. Y.* 1907.

CASPARE. — Traitement des tumeurs de la vessie par les voies naturelles. Clinique. Paris 1910.

CASPER. — Mein verbesserte Ureter : und opérations kystoscop. *Zeitsch. für Urol.* 1908, t. II, p. 938.

CATHELIN. — Doit-on opérer toutes les tumeurs de la vessie? *Méd. pratic.* Paris 1907.

CLADO. — Traité des tumeurs de la vessie. 1895.

CWYBEL. — Das Sarcom der Blase. In Diss. Breslau, 1908.

DORÉ J. ET JACK MOCK. — Contribution à l'étude des opérations endovésicales dans les tumeurs de la vessie. *Ann. des Org. Gén. Ur.* 29 avril 1911. Nos 12, 13, 14.

Du Laurens de la Barre. — De la cystectomie totale chez la femme dans les cancers de la vessie. Th. Lyon, Déc. 1910.

Eynard. — Des interventions intravésicales avec le cystoscope opératoire du Dr Nitze. G. U. 1903. N° 16, p. 1225.

Fenwick (Mr Hurry). — Abstract. Large resection of the bladder.

Fischer. — Ueber ein Osteoidechondrosarkom der Harnblase mit metastaten. Arb. a. d. Geb. d. path. an. Inst. zu Tuburg. Leipzig, 1908.

Fink. — Contribution à l'étude du traitement du cancer de la vessie chez l'homme. Th. Lyon, 1896.

Fowler A.-L. — Tumors of the bladder. *Atlanta Journ. Red. Med.* 1908.

Giordano (de Venise). — Rapport sur les résections larges de la vessie. Congrès Intern. d'Urol. Londres, 1911.

Guyon. — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate. Paris, 1888.

— Indications opératoires du cancer de la vessie. *Méd. Mod.* Paris, 1904.

Hallé — Leucoplasie et cancroïdes dans l'appareil urinaire. (*Ann. des mal. des org. gén. urin.* 1896.)

Heitz-Boyer et Doré. — Tumeurs musculaires lisses de la vessie. *Ann. des mal. des org. génito. ur.* Nos 22, 23 et 24. 1910.

Hertsen P. — Leukoplakia of the bladder. *Med. Obozr. Mosk.* 1909.

Hock. A. — Uber endovesikale Behdndlung von Blasengeschwülsten. *Prag. Med. Wchnschr.* 1910.

Hue. — Papillome volumineux de la vessie éliminé spontanément par l'urètre. *Norm. Méd.* Rouen, 1908.

Israel. — Chirurgische Klinik der Nierenkrankenheiten. 1901.

Jungano. — Sur un cas d'angio-sarcome de la vessie. *Ann. des Org. gén. urin.* 1907.

Keyes. E. R. — Préliminary report on the treatment of bladder tumors by the high frequency current. *Ann. J. Surg. New-York.* 1910. XXIV.

Dr Keydel (de Dresde). Statitische Beurteilung der Chir-Behandlung der Blasengeschwülste. *Centralblatt für die Krankheiten der Harn und sexual Organe* (p. 289) 1906.

LEGUEU ET VERLIAC. – Origine et transformation des papillomes vésicaux. *Bulletin* de l'Assoc. Française pour l'étude du cancer.

LEGUEU. — Les papillomes de la vessie. *Rev. gén. de Clin. et de Thérap.* Paris 1910. XXIV.

— Les récidives dans les papillomes de la vessie. *Rev. gén. de Clin. et de Thérap.* Paris, 1905.

LHERMIER DES PLANTES. — Quelques observations de tumeurs de la vessie. Th. Lyon, 1909.

MALHERBE, de Nantes — Un cas de papillome de la vessie. Récidive dans la paroi abdominale sans récidive dans la vessie. Assoc. Franç. d'Urol. 14me session, 1910.

MARION. — Les formes cliniques rares ou anormales des tumeurs de la vessie. *Rev. gén. de clin. et de thérap.* Paris, 1900.

— De l'ablation de certaines tumeurs vésicales par les voies naturelles. Soc. de Chirurg. 27 avril 1910.

— Cystectomie totale pour tumeurs pédiculées multiples de la vessie. Rapp. de Legueu Soc. de Chirurgie, 11 nov. 1910.

PASTEAU. — Des conditions d'intervention dans les tumeurs de la vessie. *Paris chirurg.* II. 1909.

PÉTROFF. — Ablation complète de la vessie pour cancer. *Syezd. rossiysk. Khîrurg. Mosk.* 1910. IX. 221.

POLLOSSON A. — Cancer du col utérin propagé à la vessie et aux uretères. Indications opératoires. Congrès Gynéc. et Obst. 6e session, 1910.

POSSNER. — Uber Blasengeschwülste. *Deutsche Klinik.* Berlin, 1905.

POUSSON. — Maladies des voies urinaires. Paris, 1909.

RAFIN. — Indications et résultats du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie. Rapp. à l'Assoc. Franç. d'Urologie. 9e session. 1905.

REHN. — Contribution à l'étude des tumeurs vésicales survenant chez les ouvriers employés à la fabrication des couleurs d'aniline. XXXIVe congrès de la Soc. All. de Chirurg. Berlin, 1905.

ROCHET ET MURARD. — Sur un cas de leucoplasie vésicale. *Lyon Chirurg.* 1910. III. 257-264.

ROWSING-THORKILD. — The extensive renoval of the bladder-wall. Congrès international d'Urologie. Londres, 1911.

TANTON. — Transformation et dégénéresence des papillomes de la vessie. Rapp. de Legueu. Soc. Chir. 12 janv. 1910.

THOMAS ANTONY. — Des myomes de la vessie chez la femme. Th. Lyon, 1911.

VERRIÈRE. — Deux cas de leucoplasie de la muqueuse vésicale (Lyon, 1900).

VERHOOGEN ET DE GRAEUWE. — Cystectomie totale. *Folia urologica*, 1908-09, p. 629.

VOUTERS. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. Th. Bordeaux 1906.

WAGNER. — Kankroïd der ekstrophierten Harnblase. *Deutsch, Zeitschr. f. chir.* Leipzig, 1910, p. 329.

WALLACE. — Sur le traitement des tumeurs de la vessie. *American J. of. Urology*. Déc. 1905.

WALTER. — Sarcome primitif de la vessie. 3 cas. *Amer. J. of med. Sc.* Janv. 1905.

YOUNG. — Americ. Ass. of. genito-urin. Surgeons. 31 mai 1905.

ZUCKERKANDL. O. Blasengeschwülste. *Wien med. Wchnschr.* 1910.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Division des tumeurs vésicales	13
Observations de malades opérés. — Tumeurs bénignes.	
1re série. — Papillomes. Exérèse simple	18
2e série. — Papillomes. Résection partielle de dedans en dehors	40
3e série. — Papillomes. Cystectomies	44
Observation spéciale. — Papillome angiomateux. Exérèse simple	53
Tumeurs malignes. 1re série.— Cancers. Exérèse simple.	55
2e série. — Cancers. Cystectomie partielle	81
3e serie. — Cancers. Résection partielle de dedans en dehors	94
Série spéciale. — Cancers. Interventions palliatives	100
Observations de malades non opérés	120
Indications et contre-indications opératoires des tumeurs vésicales	133
Les divers modes opératoires applicables aux tumeurs vésicales	138
Statistique des résultats éloignés	147
Conclusions	157
Bibliographie	161

TRÉVOUX. — IMPRIMERIE J JEANNIN.